SERGIU DUVAN HAGI

Asociații patologice în UROLOGIE

Editura medicală

SERGIU DUVAN-HAGI
doctor docent
Clinica de chirurgie — urologie
Spitalul „Panduri"

Asociaţii patologice în UROLOGIE

Atitudine terapeutică

EDITURA MEDICALĂ
București, 1983

Scanned with OKEN Scanner

Coperta de: GICĂ PETRE

Redactor da carte: IOAN MURGAN
Tehnoredactor: MARILENA TOMESCU

Bun de tipar: 4. II. 1983
Formatul: 16/61 × 86
Hîrtie: Scris I A 61×86/42
Coli de tipar: 6,25+32 planșe

c. 671 — I. P. „Informația",
str. Brezoianu nr. 23—25,
București

Scanned with OKEN Scanner

ÎN LOC DE PREFAȚĂ

Preocuparea noastră față de bolnavii cu o patologie asociată, în special urinară, se oglindește și în alte lucrări ale clinicii Spitalului „Panduri". Atragerea atenției asupra problemei încă din 1962 a fost și rămîne meritorie. *Ea a permis cunoașterea (clinică și diagnostică), înțelegerea (teoretică) și rezolvarea practică (terapeutică) mai corectă a unui grup tot mai larg de bolnavi, adesea dificili ca diagnostic și tratament. Față de alte etape de analiză a bolnavilor cu asociații patologice urologice, lotul actual* aduce, pe lîngă o clasificare rațională și practică a situațiilor patologice incluse în asociații (pe tip, grup, subgrup), și o serie de date atestate iconografic, rezumate în concluzii, referitoare la frecvența asociațiilor urinare, greutățile diagnostice și terapeutice, rezultatele tratamentului. Partea a doua a lucrării încearcă standardizarea tactico-tehnică a tratamentului care, uneori, depășește linia clasică cunoscută.*

Față de etapele anterioare de analiză a bolnavilor cu asociații lotul actual are următoarele caracteristici: este mai numeros și are o pondere crescută de gravitate, denotă o mai bună cunoaștere (clinico-diagnostică) și înțelegere (tactică a problemei), oglindește rezolvări mai fericite.

Cîteva date statistice neexhaustive, fără pretenție de preciziune matematică, devin grăitoare în sensul că atra-

---

* Acest lot include aproximativ 670 de bolnavi, din 6 000 de operați urologici, deci peste 10% din cei supuși intervenției chirurgicale între 1977—1979, la Spitalul clinic „Panduri".

Scanned with OKEN Scanner

gerea atenției asupra grupei de bolnavi cu boli asociate s-a dovedit practic utilă.

Patologia urinară asociată interesează un grup nu prea mare de bolnavi. Categoric, însă, lotul de suferinzi cu două sau mai multe boli concomitente se observă cu atît mai des cu cît bolnavul este mai bine investigat — complet și complex. Categoria de asociații urologice pure reprezenta pînă în 1966 o frecvență cifrată la 25 de suferinzi din 1 000 de operați.

Media aceasta relativă se oglindește și azi în datele multor autori. O nouă analiză a materialului nostru în perioada ultimilor 3 ani arată creșterea numărului observațiilor clinice, îmbunătățirea diagnosticului asociațiilor pluriurologice și uro-chirurgicale, a tratamentului și a rezultatului. E de ajuns să semnalăm numai asociația tumoare vezicală și disectazie de col (desigur, între elementele disectaziante, adenomul de prostată situîndu-se pe primul plan), care se ridică la 90 de observații, ceea ce, raportat la numărul total de operații pentru tumoare vezicală și adenom de prostată, arată că frecvența acestui tip de asociație a crescut. Practic, în fiecare a doua zi în sală se operează concomitent o tumoare vezicală asociată disectaziei de col. Dar nu creșterea procesului este ceea ce interesează — adevărat că ea denotă o mai bună depistare a asociației —, ci rezultatele tratamentului. Dacă în asociația tumoare vezicală-adenom de prostată pînă în 1966 se notau 5 decese și 28 de rezultate rele, în ultimii 3 ani decesele scad la jumătate, iar rezultatele bune ajung la 70%. Diagnosticul corect (complet și precoce), tactica activă, tehnica îmbunătățită — durata execuției, stăpînirea hemoragiei și a reanimării intraoperatorii — constituie o primă etapă a standardizării terapeutice în acest tip de asociații.

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Pag.

În loc de prefață . . . . . .

Introducere 9

Cap. I. **Importanța problemei** 11

I.1. Aspecte generale de diagnostic și tratament 11

Cap. II. **Asociații uro-urologice** 16

II.1. Scheme de clasificare 16

II.2. Asociații uro-urologice detaliate 20

II.2.1. Polineoplazia aparatului urinar 20

II.2.2. Tumoarea vezicală și alte boli urinare 21

II.2.2.1. Asociația tumoare vezicală cu adenom de prostată . . . 21

II.2.2.2. Tumoarea vezicală și alte boli urinare (adenomul de prostată exceptat) 23

II.2.2.3. Pseudotumoare vezicală — tuberculoză 24

II.2.2.4. Tumoare vezicală avansată, cu un singur rinichi funcțional 24

II.2.3. Tumorile căilor excretorii cu leziuni pielo-ureterale . . . 25

II.2.4. Adenom de prostată și alte boli urinare (tumoarea vezicală exceptată) 25

II.2.4.1. Asociația adenom de prostată cu diverticul vezical . . 27

II.2.4.2. Asociația cancer cu adenom de prostată 27

II.2.4.3. Asociația tuberculoză cu adenom de prostată 28

II.2.5. Col vezical patologic și alte boli urinare 29

II.2.6. Tuberculoza urinară și alte boli urinare 29

II.2.7. Diagnosticul asociației litiazei renale (urinare) cu tuberculoză uro-genitală și/sau cancer renal 30

II.2.8. Litiaza urinară asociată altor boli urologice 32

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

II.2.9. Boli ale organelor scrotale (și ale penisului) asociate altor boli urinare sau de alt ordin 32

Cap. III. **Asociații uro-chirurgicale** 35

III.1. Bolile urinare și hernia 35

III.2. Asociația litiază renală dreaptă cu bolile căilor biliare extrahepatice 36

III.3. Adenomul de prostată și cancerul rectal 37

III.4. Col vezical patologic și tumoare de con medular 37

III.5. Patologia uro-ginecologică 38

III.5.1. Fistulele vezico-vaginale postoperatorii iatrogene și/sau actinice 39

III.6. Fistulele uro-rectale postoperatorii 39

III.6.1. Fistulele uro-rectale spontane 40

III.7. Traumatisme ale aparatului urinar 41

III.8. Abdomen acut (A.A.) urologic 43

III.9. Aspecte urologice ale gerontochirurgiei 45

III.10. Alte aspecte agravante ale actului operator la urinari ; riscul bolnavilor cu patologie asociată 45

Cap. IV. **Asociații uro-nechirurgicale** 47

IV.1. Adenomul de prostată la un pluritarat 47

IV.2. Urinarul diabetic 49

IV.3. Bolnavul cu adenom de prostată cu predispoziție la sîngerare sau tromboembolie 50

IV.4. Adenomul de prostată și leucemia 51

IV.5. Riscul urinarului chirurgical cu boli asociate 55

IV.6. Boala neoplazică și bolnavul urinar operat 56

Cap. V. **Tratamentul asociațiilor urologice, uro-chirurgicale sau de alt tip** 57

V.1. Tratamentul medical 57

V.2. Tratamentul chirurgical 57

V.2.1. Tratamentul chirurgical în funcție de asociații uro-urologice 58

V.2.1.1. Tratamentul polineoplaziei 58

V.2.1.2. Tratamentul sclerozei de col vezical asociată cu alte boli urinare 58

V.2.1.3. Operațiile de prostată în bolile ei asociate cu alte afecțiuni urinare și/sau chirurgicale 58

V.2.1.4. Cîteva particularități tehnice chirurgicale în asociația tumoare vezicală cu adenom de prostată 62

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

V.2.1.5. Tratamentul tumorii vezicale avansate cu rinichi unic funcțional 63
V.2.1.6. Tratamentul în patologia asociată a penisului și a organelor scrotale 63
V.2.1.7. Tratamentul asociației tuberculoză cu adenom de prostată 65

V.3. Tratamentul bolilor uro-chirurgicale asociate 66
V.3.1. Tratamentul bolilor disectaziante și al herniei 66
V.3.2. Tratamentul litiazei renale drepte și al bolilor căilor biliare extrahepatice 66
V.3.3. Tratamentul cancerului rectal însoțit de adenom de prostată 67
V.3.4. Tratamentul fistulelor uro-rectale 67
V.3.5. Tratamentul în patologia uro-ginecologică 69
V.3.6. Tratamentul în abdomenul acut (A. A.) urologic 70

V.4. Tratamentul asociațiilor uro-nechirurgicale 71
V.4.1. Tratamentul adenomului de prostată asociat cu leucemie . . 71
V.4.2. Tratamentul hemofiliei asociate cu boala vezicală 72
V.4.3. Tratamentul adenomului de prostată cu hiperazotemie gravă 72

V.5. Tratamentul chirurgical în funcție de tipul de operație și organ 72
V.5.1. Rinichi 72
V.5.1.1. Nefrectomia 72
V.5.1.2. Nefroureterectomia 73
V.5.2. Vezica urinară 74
V.5.2.1. Ablația transvezicală a tumorii izolate sau asociate . . 74
V.5.2.2. Cistectomia totală 75
V.5.2.3. Ligatura de ureter 75
V.5.2.4. Diverticulectomia și ridicarea obstacolului cervico-prostatic 75

V.5.3. Ureter 76
V.5.3.1. Derivația ureterului 76
V.6. Tratamentul în funcție de boală 77
V.6.1. Infecția urinară 77
V.6.2. Tratamentul litiazei urinare 80
V.6.2.1. Tratamentul litiazei multiple (operații simultane multiple) 81

V.7. Recapitularea sinoptică a tratamentului în funcție de organ și boală 83

V.8. Tratamentul chirurgical efectuat în observațiile clinice redate și ilustrate; rezultate 85

Cap. VI. **În loc de concluzii** 89

Bibliografie 94

Abrevieri 101

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Practica și viața zilnică nu permit totdeauna încadrarea bolnavului urinar chirurgical într-o singură entitate nosologică. E drept că numărul unor astfel de suferinzi cu boli urologice asociate nu este mare, dar acest grup ridică probleme diagnostice și terapeutice deosebite, necesitînd un diagnostic precoce și complet (pentru evidențierea a două sau mai multor afecțiuni asociate, indiferent de tipul lor), adesea dificil, precum și o terapeutică *nuanțată*, ca : indicația momentului operator, amplitudinea intervenției chirurgicale, a tehnicii și tacticii, o execuție simultană sau eșalonată.

N-am dori ca printr-o posibilă impresie eronată, cele expuse să apară ca ceva artificial : categorii de bolnavi care grevează inutil cunoștințele urologului practician, iar uneori și pe cele ale altor specialiști. Indiferent de impresie, realitatea este alta. Bolnavul urinar chirurgical poate necesita o intervenție chirurgicală sau alt tratament pentru o singură boală urologică, aceasta întîmplîndu-se de cele mai multe ori. Dar, uneori, el se complică prin existența simultană sau metacronă a altei afecțiuni urinare sau/și de alt ordin, situație în care poate avea nevoie de avizul altor specialiști.

Exceptînd litiaza, bolnavii cu asociații urologice au fost observați, pînă în 1966, în proporție de 25‰ de operați. În ultimii 3 ani, numărul lor global a devenit de patru ori mai mare ; preocuparea față de aceste situații și diagnosticul complet explică în parte frecvența notată. E

Scanned with OKEN Scanner

drept că în cifra citată pentru ultimii ani se încadrează și asociațiile uro-chirurgicale. În momentul însă în care un bolnav urinar se complică cu îmbolnăvirea altor sisteme și aparate, numărul acestora devine foarte des întîlnit în clinică.

Acest aspect al asociațiilor uro-nechirurgicale este numai amintit, ieșind din preocuparea principală a prezentei lucrări. Sperăm că analiza făcută pe baza materialului clinicii Spitalului „Panduri", a literaturii de specialitate autohtone și străine, moderne și selective, să intereseze pe specialistul urolog, ea adresîndu-se, însă, și chirurgilor de diverse profiluri, medicului generalist și celui stagiar.

Lucrarea oglindește strădania clinicii Spitalului „Panduri", a autorului și a colegilor săi de muncă, în domeniul patologiei urinare asociate. Aspect reflectat sărac în literatură ca un tot, se conturează clar într-o sferă mai largă. Datele statistice neexhaustive cu impreciziuni inerente devin utile și necesare, demonstrînd, fără tăgadă, folosul practic rezultat din atragerea atenției asupra acestei categorii de bolnavi și îmbunătățirea rezultatelor tratamentului.

Ballanger (54) și alții subliniază, pe sute de observații, progresul realizat în operațiile simultane multiple. Unele tabele redau rezultatele obținute de noi în cîteva tipuri de asociații îngrijite pînă în 1976, comparativ cu cele îngrijite între 1977 și 1979. Ultimul lot cuprinde 499 de asociații pluriurologice (topografic corespunzînd : 63 rinichiului. 23 ureterului și restul de 413 patologiei vezicale), 105 uro-chirurgicale, dintre care 50 țin de patologia scrotală. Ultima categorie fiind simplă ca diagnostic și tratament se menționează, fără a fi studiată în amănunt. În total s-au studiat peste 10% bolnavi cu patologie urinară asociată față de cei 6 000 operați urologic.

În lotul de asociații uro-urologice se înregistrează categoric un progres : numeric, procentual, ca diagnostic (preoperator complet), atitudine terapeutică (operații radicale și/sau simultane) și rezultate postoperatorii.

Se notează modificări în structura grupelor de asociații. În lotul de față se limitează descrierea asociațiilor uro-chirurgicale, se abordează foarte succint cele uro-nechirurgicale și cele uro-urologice legate de patologia scrotală.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul I

IMPORTANȚA PROBLEMEI

I. 1. ASPECTE GENERALE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

În grupul bolnavilor cu boli urologice asociate (în primul rînd pluriurologice și uro-chirurgicale, uro-ginecologice sau uro-oncologice) se încadrează în ultimii trei ani, așa cum am mai arătat, fiecare al 10-lea operat urologic din clinica noastră. Dacă am adăuga însă și pe acei bolnavi urologici asociați cu alte boli medicale (cardiovasculare, pulmonare etc.) procentul asociațiilor ar deveni mult mai mare. În orice fel de asociație, gravitatea potențială a bolilor ei și tratamentul lor nu pot fi rezolvate printr-un calcul aritmetic simplu, potențarea fondului patologic și complexitatea actului operator devenind uneori grave.

Întocmirea materialului privitor la diferite tipuri de boli asociate la un bolnav urinar o datorăm, printre altele, și modificărilor observate în structura bolnavilor urinari din ultimii ani. În principal s-a notat :

— creșterea numărului suferinzilor vîrstnici cu boli urinare ;

— atingerea procentului de 60 la cei de peste 70 de ani, operați ;

— suprapunerea rezultatelor postoperatorii bune în grupele de vîrstă extremă (în gerontochirurgia urinară) cu cele obținute în grupele de vîrstă mai tinere.

Scanned with OKEN Scanner

Creşterea frecvenţei asociaţiilor bolilor urinare cu altele tot urinare sau de alt ordin. Modificările enunţate cunosc cauze multiple (social-economice, de organizare sanitară etc.), dar nu ne vom ocupa cu analizarea lor.

Ne preocupăm de bolnavul urinar chirurgical cu boli asociate care devine o realitate tot mai des întîlnită şi impune nuanţe diagnostice şi terapeutice — nu rareori deosebite — faţă de patologia obişnuită — neasociată.

Aspectele bolnavului cu asociaţii patologice nu au o oglindire bogată în bibliografie. De cele mai multe ori datele literaturii medicale generale sau de specialitate se referă numai la o cazuistică mai rară, *întîmplătoare*, uneori gravă şi/sau instructivă, nefiind scutite şi de impreciziuni de terminologie.

Acordînd noţiunii de *asociaţie patologică* un înţeles *mai larg*, care include *grupuri întregi* de bolnavi, cu o sferă mereu crescîndă şi mai clară, socotim utile unele sublinieri de terminologie, spre a evita eventualele confuzii. Precizarea terminologică permite, totodată, încadrarea celor cu boli asociate în grupe de asociaţii mai bine clasificate, folositoare practicii cotidiene.

Referindu-ne în primul rînd la urologie, putem defini asociaţia *uro-urologică* situaţia în care boala urologică chirurgicală se însoţeşte de una sau mai multe boli *tot urologice*.

De acest tip de asociaţii ne ocupăm în principal.

Bolnavul urinar mai poate prezenta concomitent şi alte boli cu caracter net chirurgical. Un asemenea tip de asociaţie ia numele de *uro-chirurgicală*.

În sfîrşit, viaţa ne oferă un grup de suferinzi la care bolile urinare chirurgicale sînt asociate cu bolile altor aparate sau sisteme. Grupul amintit — foarte vast — este deliberat scos din preocuparea noastră, tipul de asociaţie fiind denumit *uro-nechirurgicală*.

Tentativa de clasificare expusă teoretic nu este de la început scutită de greutăţi practice.

Nu este uşor a delimita corect situaţia existentă, ca cea dintr-o tumoare vezicală avansată, cu un rinichi unic funcţional, celălalt mut urografic, prin obstrucţia tumorală a ureterului sau printr-un proces de altă natură (calcul invizibil, pionefroză). Situaţia citată arată că limita între noţiunea de asociaţie sau complicaţie poate fi şi grea şi neprecisă. Suferinţa renală poate fi considerată complicaţia tumorii vezicale sau o boală coexistentă ? În mod practic, realitatea rămîne necunoscută înainte de tratamentul chirurgical. Acesta se face la fel în ambele situaţii (cel puţin aşa

Scanned with OKEN Scanner

se credea). Greşim mai puţin, încadrînd tumoarea vezicală avansată, cu rinichi unic funcţional, în asociaţii.

De asemenea este greu a delimita corect situaţia patologică existentă la un bolnav operat şi creată datorită potenţialului patologic al bolii şi/sau al factorului iatrogen. Asemenea bolnavi pot fi încadraţi în grupul complicaţiilor ; ca regulă, îi omitem din descriere. Grupele de bolnavi cu fistulă uro-rectală postoperatorie (bolnav urinar şi digestiv) şi cei cu leziuni iatrogene ale aparatului urinar ridică probleme de clasificare. Încadrarea lor în asociaţiile patologice nu corespunde riguros noţiunii, dar nici introducerea lor *în complicaţiile postoperatorii obişnuite* nu rezolvă toate aspectele situaţiei existente. Tratamentul acestor cazuri grave prin sutura a două aparate, cît şi rezultatele bune obţinute ne îndreptăţesc să citărn sumar în lucrare aceste situaţii patologice, fără a le da un loc în clasificarea asociaţiilor.

Tot mai des viaţa şi practica zilnică evidenţiază bolnavi urinari chirurgicali care nu pot fi încadraţi într-o singură entitate nosologică. Patologia asociată depăşeşte cadrul urologiei. În literatura modernă se semnalează penuria aspectelor patologice urologice, în timp ce celelalte aspecte sînt oglindite mai bogat. Limitîndu-ne numai la domeniul chirurgiei, citărn : asocieri în patologia duodenală (62), similitudinea tumorilor gastrice (98), cancer gastric multiplu (53), cancer colic multiplu metacron (101), asociaţii patologice în abdomenul acut (54, 103) etc.

Bolnavul urinar ce urmează a fi operat poate prezenta în antecedente, la data examenului, în plus, una sau mai multe boli. Adesea el depăşeşte cadrul asociaţiilor urologice pure, fiind şi un cardiac, un pulmonar, un ulceros gastric etc. Acest ultim aspect al asociaţiilor denumite uro-nechirurgicale îl redărn cît mai succint. Aprofundărn în schimb semiologia, diagnosticul şi tratamentul bolnavului cu asociaţii uro-urologice. Clasificarea acestui tip de asociaţie o detaliem.

Descrierea asociaţiei uro-chirurgicale o limităm la strictă contingenţă cu patologia urinară.

Cu toate cele spuse, *aparent* problema asociaţiilor uro-urologice poate părea banală : semnelor unei boli li se adaugă unele caracteristici (sau mai puţin) ale altei boli urinare şi diagnosticul asociaţiei pare simplu, tratamentul pentru cele două afecţiuni făcîndu-se simultan sau pe rînd.

Realitatea arată existenţa unor greşeli diagnostice — diagnostic *tardiv* şi mai ales *incomplet* (103) —, care duc la tratament neadecvat, tardiv şi mai puţin eficient. De aici rezultate slabe şi rele.

Scanned with OKEN Scanner

Ce se ascunde dincolo de diagnosticul incomplet al unui bolnav nu se știe pe o etapă dată. Explorarea perseverentă, sistematică, în timp util, o poate însă arăta.

Pe de altă parte, încadrarea precisă în asociații patologice urinare ale unor situații, așa cum s-a mai spus, nu este totdeauna ușoară. Terminologic, în consecință, și în elementele de clasificare există impreciziuni. Cu riscul de a ne repeta, revenim asupra acestui aspect.

O boală existentă se poate „asocia" sau „complica" cu alta supraadăugată, cu diagnostic cunoscut sau nu. Boala supraadăugată poate fi încadrată în asociație cînd are o manifestare clinică ; dacă ea s-a făcut cunoscută printr-o complicație, o putem numi mai curînd „complicație", nu boală asociată, dar mai corect „complicație neobișnuită".

Încercăm să exemplificăm. În evoluția unui bolnav urinar operat (pentru o afecțiune urologică unică sau multiplă) se produce perforația colecistului. Din acest moment ne aflăm în fața unei asociații uro-chirurgicale (?) (afecțiunea veziculară fiind cunoscută sau nu la ora intervenției urologice) sau, dacă vrem să înțelegem altfel, ne găsim în fața unei „complicații neobișnuite", rare, care prin *hazard* a agravat evoluția postoperatorie. Ne referim concret la o astfel de observație clinică, definirea situației ca asociație sau complicație neavînd importanță. Terapeutica eșalonată a necesitat trei etape : prima, operația urologică ; a doua, colecistostomia, intervenție paliativă pentru boala chirurgicală asociată sau, dacă dorim, pentru complicația produsă, și a treia, colecistectomia — operația radicală urmată de vindecare. Continuăm exemplificarea. Tumoarea vezicală avansată, cu un rinichi stopat urografic, denotă existența a două boli urinare sau este consecința compresiunii tumorale asupra ureterului ? În primul caz ar fi o asociație (boala urinară care a compromis rinichiul și nu se cunoaște încă), în cel de-al doilea caz este o consecință, o complicație. Dar în litiaza multiplă, cînd leziunile inegale topografic și ca potențial necesită un tratament simultan sau pe etape, constituie o „asociere" de leziuni de același tip (litiazic) ? Dacă denumim situația „litiază multiplă" ea devine mai ușoară practic sau mai precisă terminologic ? Nu este sigur.

Altă situație : bolnav urinar operat și complicat cu o fistulă uro-rectală. La prima vedere este o complicație, dar situația patologică creată lezează două aparate : pe cel urinar și pe cel digestiv ; pune probleme grele de tratament. Ar fi greșit pe moment să fie încadrată în grupa asociațiilor ? ! Nu este corect terminologic, dar nici încadrarea în complicațiile postoperatorii *obișnuite* nu

Scanned with OKEN Scanner

rezolvă toate aspectele. Da, ne aflăm în fața unei complicații, dar neobișnuite și grele. Înțeleasă ca o leziune a două aparate obligă la un tratament deosebit, contraindică tergiversarea și, mai ales, neglijența din partea bolnavului și/sau a medicului.

Nu este lipsit de interes să precizăm, de pe acum, că în grupul „complicațiilor deosebite", în afara fistulelor uro-rectale, am încadrat leziunile iatrogene ale aparatului urinar și pe cele ale chirurgiei uro-ginecologice.

Orice bănuială de asociație patologică urinară nejustificată ulterior este o greșeală mai mică decît nedepistarea asociației, deci rezolvare incompletă, adesea nefastă pentru bolnav.

În 1974 un for metodologic urologic a analizat un grup de 600 de bolnavi cu diverse asociații, operați simultan, multiplu, și a pontat jaloanele unei atitudini terapeutice cu rezultate bune. S-au descris asociații variate, jumătate ca număr depășind sfera uro-urologică, iar din acestea din urmă cele mai multe fiind consacrate litiazei.

Clinica noastră a adus o contribuție în acest domeniu încă din 1962, fapt pe care forul în drept nu l-a cunoscut.

Astăzi sîntem în măsură să analizăm această categorie de bolnavi care a constituit și constituie o preocupare și în care am obținut rezultate mai bune în diagnostic și tratament.

Grupa de bolnavi studiați nu este mare, dar procentul lor față de alte etape de analiză a materialului în clinică a crescut ; rezolvarea lor diagnostică și terapeutică este în progres ; a crescut ponderea specifică a gravității celor încadrați în grupa asociațiilor urologice, s-au introdus în studiu bolnavi cu litiază urinară multiplă asociată sau nu altor boli urinare ; s-au notat subgrupe noi de asociație născute din viața practică și s-a limitat la minimum descrierea unor grupe considerate simple. Față de alte perioade de analiză din clinică, rezultatele s-au îmbunătățit în toate grupele analizate.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul II

ASOCIAȚII URO-UROLOGICE

II. 1. SCHEME DE CLASIFICARE

Așa cum s-a arătat, asociațiile pluriurologice constituie principala noastră preocupare.

Ele sînt redate schematic de la început, urmînd ca unele, mai frecvent întîlnite și mai grave, să fie analizate amănunțit, în continuare.

Grupele de asociații încadrate în tipul prezentat se pot descrie după *segmentul topografic* afectat al aparatului urinar, după *felul bolii* și/sau al *leziunii.*

I. În contextul *segmentului topografic* afectat, la *nivelul rinichiului* se pot menționa :

— calculoză și infecție urinară ;

— tumoare (canceroasă cu prioritate) și litiază ;

— tumoare și altă localizare tumorală la nivelul aparatului urinar, numită polineoplazie ;

— tumoare cu tuberculoză și litiază urinară ;

— rinichi polichistic și litiază ;

— patologie vasculară renală și hipertensiune arterială (stenoza arterei renale, fistula arterio-venoasă, tromboza renală în tumoare renală, infecția, boala tromboembolică etc.) ;

— boli congenitale și litiază renală (vas aberant și litiază, rinichi în potcoavă și litiază, duplicitate renoureterală uni- sau

bilaterală, cu afectare litiazică a unui pielon, malrotație renală cu litiază) ;

— patologia joncțiunii pielo-ureterale (stenoză cu hidronefroză, stenoză cu vas polar și hidronefroză) ;

— ptoză renală și calcul sau alte boli.

La *nivelul ureterului :*

— calcul și infecție ;

— tuberculoză uro-genitală și calcul ;

— tumoare și calcul ;

— tumoare de cale excretorie cu sedii multiple ;

— boli congenitale și calcul (ureterocel și calcul, ureter dublu și calcul etc.) ;

— litiază ureterală multiplă (litiază pe rinichi unic cu ureter bifid, litiază în duplicitate reno-ureterală bilaterală, megaureter).

La *nivelul joncțiunii vezico-ureterale :*

— reflux vezico-ureteral, calcul al ureterului terminal.

La *nivelul rezervorului și al colului vezical :*

— tumoare vezicală și alte boli urinare (asociație tumoare vezicală cu adenom de prostată ; tumoarea vezicală este plasată în fruntea denumirii asociației, spre a-i sublinia gravitatea :

- tumoare vezicală cu adenom de prostată și calcul vezical ;
- tumoare vezicală și stenoză de ureter ;
- tumoare vezicală și diverticul vezical ;
- tumoare vezicală și stenoză de col ;
- tumoare vezicală și chist renal ;
- tumoare vezicală și calcul vezical ;
- tumoare vezicală cu litiază vezicală și cancer de prostată ;
- tumoare vezicală și tumoare abdominală extirpată ;
- pseudotumoare vezicală, tuberculoză urinară ;
- tumoare vezicală și rinichi unic funcțional (congenital, stopat funcțional sau distrus de tumoarea vezicală sau alt proces) ;

— adenom de prostată și alte boli urinare (adenomul de prostată și tumoarea vezicală exceptate) :

- adenom de prostată și litiază ureterală înaltă și/sau joasă, cu sau fără șansă de eliminare și/sau răsunet renal ;

Scanned with OKEN Scanner

- adenom şi cancer de prostată ;
- adenom de prostată şi varice vezical ;
- adenom de prostată cu litiază vezicală şi varice ;
- adenom de prostată şi ouracă ;
- adenom de prostată şi tuberculoză de prostată ;
- adenom de prostată şi litiază vezicală ;
- adenom de prostată şi litiază pielică ;
- adenom de prostată şi stenoză ureterală ;
- adenom de prostată cu calcul vezical şi diverticul vezical ;
- adenom de prostată şi diverticul ;
- adenom de prostată şi rinichi mut ;
- adenom de prostată şi adenomită ;
- adenom de prostată şi abces ;
- adenom de prostată şi stricturi ureterale ;
- adenom de prostată şi reflux vezico-ureteral ;
- adenom de prostată şi tumoare ureterală ;
- adenom de prostată şi stază ureterală care a necesitat ca tratament sondă ureterală modelantă ;
- adenom de prostată şi fimoză ;
- adenom de prostată şi boli congenitale (ureterocele, ureterocel + calcul) ;
- adenom de prostată şi hipertensiune arterială de origine renală ;
- adenom de prostată şi diverse leziuni ale organelor scrotale (vezi operaţiile pe scrot) ;
- adenom de prostată cu epididimită unilaterală, bilaterală ;
- adenom de prostată cu orhită unilaterală ;
- adenom de prostată cu hidrocel unilateral ;
- adenom de prostată cu hidrocel bilateral ;
- adenom de prostată cu varicocel unilateral ;

— col vezical patologic şi alte boli urinare.

Alte asociaţii patologice uro-urologice (sau/şi uro-chirurgicale):

— leziuni urinare distale cu afectarea rinichiului supraiacent homolateral (ne referim la expansiuni din sfera genitală feminină, leziuni postiradiere sau iatrogene : ureterale, vezicale etc.) ;

— acelaşi tip de leziuni *bilaterale* sau pe *rinichi unic*.

Scanned with OKEN Scanner

II. *Asociații pluriurologice clasificate după boli*

A. *Litiaza aparatului urinar,* care cunoaște două tipuri de asociații :

— litiază multiplă (asociația litiază-litiază, observată de noi la 91 de bolnavi) și

— litiază și alte boli urinare (observată de 56 de ori).

Sumar, anticipăm că *asociația litiază-litiază* poate fi :

— renală unilaterală, și anume : pielo-caliceală și renală multiplă ;

— renală bilaterală ;

— reno-ureterală : homo- sau heterolaterală și/sau bilaterală ;

— ureterală multiplă (unilaterală) ;

— ureterală bilaterală : simetrică și asimetrică.

Asociația *litiază și alte boli urinare* se poate referi la :

— litiază renală cu alte boli urinare ;

— litiază reno-ureterală și alte boli urinare ;

— litiază urinară (adică indiferent de topografie și boli congenitale ale aparatului urinar) ;

— rinichiul în potcoavă exceptat, ureterocel, stenoză de ureter terminal, duplicitate reno-ureterală, ureter dublu patologic ;

— joncțiuni pielo-ureterale, vas aberant, rinichi polichistic etc. ;

— litiază ureterală și alte boli urinare.

B. *Tuberculoza*

Tuberculoza uro-genitală prin polimorfismul lezional dă naștere la diferite grupe de leziuni asociate :

— tuberculoză reno-ureterală ;

— tuberculoză uretero-ureterală ;

— tuberculoză reno-uretero-vezicală ;

— tuberculoză vezico-ureterală ;

— tuberculoză genito-urinară etc.

Tuberculoza urinară se poate asocia cu alte boli urinare :

— tuberculoză renală cu rinichi hipoplazic (congenital) ;

— tuberculoză renală cu litiază ureterală ;

— tuberculoză vezicală sub mască pseudotumorală.

Scanned with OKEN Scanner

III. *Asociații urologice clasificate după leziuni :*

— aspecte polilezionale ;

— tumoare testiculară și tumoare testiculară contralaterală metacronă (vezi polineoplazia).

II. 2. ASOCIAȚII URO-UROLOGICE DETALIATE

Se descriu cele mai frecvente și/sau grave asociații uro-urologice.

II. 2.1. POLINEOPLAZIA APARATULUI URINAR

Observația clinică nr. 1 (dosar 77 684) : b., 28 de ani, la internare (1977) prezintă un nodul dur în unicul testicul ; celălalt extirpat, cu doi ani mai înainte, pentru „tumoare testiculară". Biopsia a arătat teratom testicular. S-a practicat orhiectomia prin incizie inghinală prelungită cranial pararectal drept, extraperitoneal, chiuretajul ganglionilor iliaci externi, a țesutului grăsos pericav, ablația arterei și venei spermatice, secționate la nivelul pediculului renal.

Vindecarea chirurgicală consolidată prin telecobaltoterapie a permis o supraviețuire relativ lungă — ultimul control în decembrie 1979 — cu starea locală și cea generală bună, exceptînd funcția sexuală.

Comentariu : este vorba de o tumoare testiculară metacronă la doi ani interval (examenul histologic al tumorii testiculare stîngi, extirpată în afara granițelor țării, rămîne necunoscut ; cel al tumorii testiculare drepte — teratom).

Coincidența rară, gravitatea bolilor asociate în timp, exereza lărgită pentru afecțiunea unicului testicul precum și rezultatul deocamdată bun ne-au îndreptățit să redăm observația încadrînd-o în „polineoplazie urinară", termen introdus în 1964 și care presupune existența a două tumori histologic diferite, simultan sau metacron, la nivelul aparatului uro-genital (47).

Poate fi vorba și de un cancer multicentric ?

Poate să nu fie nici o legătură între patologia testiculului stîng și a celui drept. Toate aceste întrebări pot avea răspunsuri teoretice variate, dar practic bolnavul, pe etape, a fost orhiectomizat bilateral pentru „tumori".

Niculescu (82) arată că polineoplazia urinară a fost observată (în 1966) în clinica „Panduri", sub forma următoarelor asociații : cancer renal și cancer vezical (fiecare de tip histologic diferit)

Scanned with OKEN Scanner

două cazuri și cancer renal cu cancer de prostată un caz. În lotul actual adăugăm asociația tumoare testiculară bilaterală metacronă (observația clinică redată) ; tumoarea vezicală și chistul renal și tumoarea vezicală cu tumoarea abdominală extraperitoneală le enunțăm, rezolvarea lor fiind prezentată la capitolul despre tratament.

Localizarea polineoplaziei la nivelul aparatului urinar rămîne extrem de rară, fapt confirmat de cazuistica noastră săracă și de datele din literatură reproduse parțial la sfîrșitul capitolului.

Apariția celui de-al doilea proces neoplazic poate fi considerată o metastază a primului cancer, dar de cele mai multe ori și de către cei mai mulți autori sînt considerate ca două cancere „primare" asociate. Asocierea poate fi concomitentă sau metacronă, decalată în timp.

Ca o concluzie practică : persistența unei hematurii sau a altor semne urinare după o intervenție chirurgicală pentru un cancer al aparatului urinar trebuie să trezească, pe lîngă suspiciunea de recidivă, și *bănuiala unui alt proces neoplazic asociat, latent și necunoscut inițial.*

II.2.2. TUMOAREA VEZICALĂ ȘI ALTE BOLI URINARE

II.2.2.1. ASOCIAȚIA TUMOARE VEZICALĂ CU ADENOM DE PROSTATĂ

O definim ca atare pentru a sublinia gravitatea practică a primei afecțiuni, chiar atunci cînd local leziunea tumorală nu este avansată. Termenului asociația adenom de prostată-tumoare vezicală îi scapă accentul de gravitate semnalat, totdeauna prezent chiar dacă este numai potențial.

II.2.2.1.1. **Frecvența :** Krizeski (65), în 1978, semnalează asociația într-o frecvență de 2,1% (31 de ori la 1 472 de operații), Niculescu (82) o notează cu 2,5%, iar noi, în lotul din 1977—1979, la peste 10% (69 de observații).

Din punct de vedere al succesiunii apariției clinice a fenomenelor bolilor din asociații se remarcă : tumoare vezicală, prima, în o treime din observații ; adenomul de prostată, primul, în două treimi. Ambele boli se manifestă simultan în o cincime din observații.

Diagnosticul tumorii vezicale a fost pus clinic, cistoscopic, U.I.V. și, în ultimul timp, ecografic, dar au existat situații în care a fost precizat intraoperator și chiar abia după examenul histologic postoperator.

Scanned with OKEN Scanner

În raport cu volumul lor tumorile vezicale au fost aproximativ 50% mijlocii, 25% mari și 25% mici. În ceea ce privește localizarea lor, superficială sau intraparietală, se poate spune categoric că prima a fost mult mai frecventă. În 1966, din 55 de bolnavi cu asociație tumoare vezicală cu adenom de prostată mor postoperator 5, iar 28 prezintă rezultate nemulțumitoare. Deci un exitus postoperator cam la fiecare al 10-lea operat și rezultate bune sub 50%. În prezent decedează cam fiecare al 20-lea operat, rezultate bune notîndu-se în 70%.

II.2.2.1.2. **Greutăți și greșeli de diagnostic.** *Observația clinică nr. 2 :* b., 63 de ani, prezintă, după adenomectomie în clinică, hematurii. O cistoscopie făcută depistează o tumoare vezicală pe peretele lateral drept, care impune o cistectomie parțială.

Comentariu : considerăm că tumoarea vezicală infiltrativă a existat și în momentul efectuării adenomectomiei. Pentru atitudinea greșită există o singură scuză : preoperator bolnavul a fost suspectat de adenom de prostată și tumoare vezicală cistoscopic ; intraoperator, însă, s-a găsit numai lobul drept mult dezvoltat intravezical și nimic altceva (?).

S-a conchis că lobul prostatic a simulat cistoscopic tumoarea ; deci diagnosticul a fost incomplet, a întîrziat terapia afecțiunii tumorale, privînd bolnavul de precocitatea operației și supunîndu-l la un dublu risc : anestezic și operator.

Observația clinică nr. 3 : b., 74 de ani, diagnostic clinic și U.I.V. (vezi fig. 9) — adenom de prostată. În antecedentele personale, insignifiante hematurii terminale. Intraoperator se constată tumoare vezicală, infiltrativă, a peretelui vezical anterior, invadînd baza anterioară a colului. Exereză paliativă ineficace, exitus prin metastază în trei luni.

Comentariu : o asociație de tumoare vezicală cu adenom de prostată, în care diagnosticul complet (deci și cel de tumoare vezicală) s-a pus numai intraoperator, iar leziunea tumorală nu a permis decît o exereză paliativă, indicația de adenomectomie fiind neavenită în situația existentă. La acest bolnav — medic — cistoscopia a fost omisă deliberat (pentru a-l scuti de riscurile instrumentării) ; ea ar fi fost utilă pentru diagnosticul corect. Toate argumentele împotriva valorii ei diagnostice, obținute uneori cu un preț prea scump, devin iluzorii în observația de față. Explorarea endoscopică putea dirija, de la început, terapeutica spre operația radicală, fără ca boala gravă a asociației să fie biciuită de o intervenție paliativă.

Ca învățămînt : cistoscopia își menține rolul în toate circumstanțele hematuriei. Eliminarea ei din arsenalul diagnostic

Scanned with OKEN Scanner

poate fi făcută după o judecată matură și repetată, din care să nu lipsească ipoteza unei tumori vezicale.

★

Atitudinea de diagnostic și terapeutică corectă exemplifică observația clinică de mai jos.

Observația clinică nr. 4 (dosar 818 071): b., 84 de ani, vine în retenție cu cheaguri, prin adenom de prostată. Se diagnostichează tumoare vezicală, cu rinichi drept mut și adenom de prostată (vezi fig. 1).

Pentru hemostază se practică electroexcizia și coagularea tumorii și adenomectomia cu meșă. La controlul U.I.V. după această intervenție nu se văd recidive, rinichiul este în continuare mut, loja prostatică involuată parțial. Se decide nefrectomie dreaptă și un *second look* vezical (care permite electrocoagularea unor mici recidive). Vindecare.

Comentariu: bolnavul cu o asociație complexă — tumoare vezicală și adenom de prostată și rinichiul drept compromis — a fost supus unei atitudini eficiente, dar eșalonate, de intervenții multiple simultane. În prima etapă, hemostază prin ablația tumorii vezicale și adenomectomie, în a doua, nefrectomie și controlul cavității vezicale. Atitudinea s-a dovedit intervenționistă și eficientă.

În lotul nostru asociația tumoare vezicală cu adenom de prostată a fost întîlnită de 74 de ori și operată multiplu simultan de 69. Nu s-a operat concomitent pentru cele două boli de 5 ori: de 2 ori s-a intervenit numai pentru tumoare vezicală, lăsîndu-se adenomul pe loc, de 2 ori s-a operat numai adenomul, tumoarea vezicală existentă necesitînd precizări histologice. S-a făcut biopsia o dată; lobul median al presupusului adenom s-a dovedit a fi tumoare vezicală, iar adenomul, ca atare, col stenozat.

În ultimii trei ani media anuală de intervenții pentru tumoare vezicală este de cca 264 de operații. Din totalul operațiilor pentru tumoare vezicală 13,7% din tumorile vezicale sînt asociate cu alte boli urinare.

II.2.2.2. TUMOARE VEZICALĂ ȘI ALTE BOLI URINARE (ADENOMUL DE PROSTATĂ EXCEPTAT)

Tumoarea vezicală a mai fost asociată cu:

— calcul vezical — 14 observații clinice;

— stenoză de ureter — o observație clinică;

Scanned with OKEN Scanner

— diverticul vezical — o observaţie clinică ;
— scleroză de col — 35 de observaţii clinice ;
— obstrucţia ureterului terminal — 3 observaţii clinice (toate rezolvate prin U.N.C.) ;
— un rinichi mut urografic — 14 observaţii clinice ;
— chist renal — o observaţie clinică (vezi polineoplazia) ;
— litiază vezicală cu carcinom de prostată — o observaţie clinică.

II.2.2.3. PSEUDOTUMOARE VEZICALĂ-TUBERCULOZA

O atenţie deosebită merită tuberculoza uro-genitală, care poate îmbrăca uneori mască tumorală, în special vezicală. Sub masca tumorală vezicală tuberculoza a fost observată de 8 ori (59), iar în ultimii 3 ani, de 3 ori.

Observaţia clinică nr. 5 : f., 56 de ani, vine pentru hematurie şi se constată tumoare vezicală periorificială stîngă. U.I.V. arată o uşoară stază în ureterul respectiv ; în rest toate explorările sînt normale. Transvezical se electroexcizează tumoarea, iar examenul histologic postoperator pune diagnosticul corect de tuberculoză. Este preluată de reţeaua de specialitate şi se simte bine.

În asociaţia tumoare vezicală cu alte boli urinare, ca şi în tumoarea vezicală cu adenom de prostată, tot tumoarea vezicală dă nota de gravitate şi se abordează prima în cursul operaţiilor simultane multiple. Celelalte afecţiuni, după cum s-a văzut din enumerarea făcută, sînt ocazionale, dar subgrupate şi însumate ajung la un total de 70 de observaţii clinice, adică la 11% din observaţiile urologice asociate. Ne permitem să atragem atenţia asupra a două subgrupe : tumoarea vezicală şi scleroza de col, 35 de observaţii clinice (adică 1/2 din numărul asociaţiilor tumoare vezicală cu adenom de prostată), unde exereza colului patologic pune problema sîngerării postoperatorii, şi grupa tumoare vezicală cu rinichi unic funcţional, amănunţit descrise într-un subcapitol separat, din cauza omogenităţii subgrupei şi gravităţii situaţiei.

II.2.2.4. TUMOARE VEZICALĂ AVANSATĂ, CU UN SINGUR RINICHI FUNCŢIONAL (CONGENERUL DISTRUS DE TUMOARE SAU DE UN ALT PROCES PATOLOGIC ASOCIAT)

Situaţia patologică ca atare a fost introdusă în materialul asociaţiilor urinare în concordanţă cu argumentele aduse în introducere. Ne-a permis să creăm o primă subgrupă de 8 bolnavi,

care au necesitat : 6 ureteroplastii (5 Goodwin, una Nesbit), 4 ligaturi de ureter tip Kawasoya, 6 electrorezecţii transvezicale — 4 primare şi 2 secundare (din care una urmată de cistectomie) —, 4 nefrectomii — 3 după operaţia Kawasoya şi una pe rinichiul cu ureter nelegat în prealabil, 2 aplicaţii C_{60} în rezervorul vezical exclus. La acest subgrup de 8 bolnavi se mai adaugă alţi 7, la care rinichiul mut asociat altor boli urinare a fost abordat în diverse momente ale etapelor operatorii. Ordinea operaţiilor sau simultaneitatea lor a variat de la caz la caz, în proporţii diferite.

Revenind la primul subgrup al lotului se poate sublinia că din 8 bolnavi 6 s-au prezentat cu tumoare vezicală avansată şi rinichi mut funcţional, fără nici un tratament în prealabil, 2 s-au prezentat în această situaţie după tratament pentru tumoare vezicală făcut anterior. Vîrsta, sexul, partea lezată, intervenţiile chirurgicale efectuate, ordinea şi numărul lor, precum şi rezultatele se oglindesc în tabelul redat la capitolul despre tratament.

În subgrupul 2 al acestui grup nefrectomia a însoţit simultan sau eşalonat operaţia de bază de 7 ori, cu 6 succese.

II.2.3. TUMORILE CĂILOR EXCRETORII CU LEZIUNI PIELO-URETERALE

Tumoarea de bazinet şi ureter a necesitat 19 nefroureterectomii şi o ureterectomie cu U.N.C. Abordul pe calea anterioară a fost folosit o singură dată.

Tumoarea vezicală, consecinţa însămînţării unui alt focar tumoral al căii excretorii, a fost rezolvată diferit (vezi capitolul despre tratament).

★

Credem că este locul să atragem atenţia asupra importanţei corectitudinii examenului histologic în tumorile rinichiului secretant şi excretor ; în acest din urmă caz, şi al întregului ureter. Diferitele rezultate confuze, mai corect fără probitate riguroasă, pot crea confuzii în ceea ce priveşte diagnosticul postoperator şi/sau implicit atitudinea terapeutică de urmat, fie preoperator (biopsie din vezică sau meat ureteral), fie postoperator (examenul histologic al rinichiului, bazinetului, ureterului etc.).

II.2.4. ADENOM DE PROSTATĂ ŞI ALTE BOLI URINARE (TUMOAREA VEZICALĂ EXCEPTATĂ)

Exceptînd tumoarea vezicală, adenomul de prostată însoţit de alte boli se întîlneşte des. Asociaţia pierde însă din gravitate. În

Scanned with OKEN Scanner

cele de mai jos sînt redate diversele posibilităţi de asociere. Din totalitatea lor, unele sînt descrise în cadrul asociaţiei uro-chirurgicale (asociaţia adenom de prostată cu hernie sau adenom de prostată cu cancer rectal), altele în diferitele subcapitole ale asociaţiilor urologice : adenom de prostată şi boli ale organelor scrotale, adenom de prostată cu litiază urinară (vezi subcapitolele respective).

Astfel, adenomul de prostată a fost asociat cu :

— varice vezical — 2 observaţii clinice ;

— varice vezical şi litiază vezicală — o observaţie clinică ;

— ouraca — o observaţie clinică (asociaţie rară între o afecţiune urologică şi una chirurgicală, dar care se rezolvă numai chirurgical) ;

— tuberculoză — 2 observaţii clinice (tratamentul cu tuberculostatice este indicabil şi în leziunile suspecte din punct de vedere al asociaţiei adenom de prostată cu tuberculoză de prostată ; este util în leziunea specifică, nedăunător în lipsa ei) ;

— litiază vezicală — 137 de observaţii clinice (asociaţie banală care impune atenţie la calculi mici, ce pot deveni restanţi) ;

— litiază ureterală — 7 observaţii clinice ;

— litiază pielică — 3 observaţii clinice ;

— stenoză de ureter — o observaţie clinică ;

— leucemie — o observaţie clinică ;

— calcul vezical şi diverticul — 8 observaţii clinice ;

— diverticul — 4 observaţii clinice ;

— rinichi mut — 4 observaţii clinice (vezi atitudinea în tumoarea vezicală avansată cu rinichi mut ; abordează separat adenomul şi separat rinichiul sau pe ambele concomitent, *anterior*, prin două incizii) ;

— adenomită — 18 observaţii clinice ;

— abces — 5 observaţii clinice ;

— structuri uretrale — 8 observaţii clinice (4 cu uretrotomie internă) ;

— boli congenitale : reflux vezico-ureteral — o observaţie clinică ;

— ureterocel — o observaţie clinică (vezi tratamentul bolilor congenitale) ;

— tumoare de ureter terminal — o observaţie clinică (U.N.C.) ;

— stenoză de ureter, care cere sondă de modelaj ureteral — 6 observaţii clinice (în afară de 12 sonde impuse de vezica destinsă cu stază ureterală) ;

— boli ale scrotului (vezi bolile organelor scrotale).

Scanned with OKEN Scanner

Între factorii agravanți întîlniți în adenomectomie semnalăm distensia vezicală și staza ureterală, care au necesitat 12 sonde ureterale bilaterale montate intraoperator. Acești factori agravanți și alții descriși au impus 18 cistostomii ca prim timp (0,8% față de totalul adenomectomiilor) și 12 operații timp II (cistostomia fiind efectuată la noi sau la altă unitate sanitară).

Adenomectomia asociată altor operații urologice s-a efectuat intrahemoragic de 2 ori și pe rinichi unic tot de 2 ori.

II.2.4.1. ASOCIAȚIA ADENOM DE PROSTATĂ CU DIVERTICUL VEZICAL

Menționăm 11 observații : 3 adenoame de prostată cu diverticul vezical și 8 adenoame de prostată cu diverticul și calcul vezical.

Se poate practica excizia, lărgirea orificiului diverticular de comunicare cu vezica. În adenomectomie, concomitent cu diverticuloectomia, adenomul se abordează primul.

Perșu (86) a operat simultan un col strîns, excizînd și 2 diverticuli ; a efectuat, totodată, reimplantarea bilaterală a ureterelor ce se vărsau în diverticuli, conductul drept fiind dublu.

Neagu face adenomectomie cu fir în bursă și apoi diverticuloectomie.

II.2.4.2. ASOCIAȚIA CANCER CU ADENOM DE PROSTATĂ

În lotul nostru cancerul a constituit un diagnostic surpriză la 6 bolnavi. A fost bănuit a coexista cu adenom la 15 bolnavi ; la 2 suspiciunea s-a complicat și cu o fistulă rectală.

Cancerul a fost diagnosticat pe glanda restantă, începînd de la 18 luni după adenomectomie, la 7 bolnavi (4,3%), confirmarea diagnosticului fiind făcută de un nou buletin anatomopatologic, după intervenții endouretrale și transvezicale, de cele mai multe ori pentru stenoză de col.

Cancerul care urmează adenomectomiei corespunde în datele lui Proca (89) la 6%, procentele extreme variind în literatură între 0,2—57%.

Cancerul de prostată în lotul nostru de observații a mai fost asociat cu litiaza vezicală o dată și cu litiaza prostatică de 10 ori (mai des decît în alte statistici ale clinicii), cu litiază vezicală și tumoare vezicală o dată (caz ce se încadrează în polineoplazie).

Față de 2 090 de operații de prostată, 165 de bolnavi (7,5%) au fost operați pentru cancer de prostată în perioada de care amin-

Scanned with OKEN Scanner

tim. Tipurile de operaţie nu sînt redate la capitolul despre tratament (amintim, însă, 11 prostatoveziculoectomii sau prostatectomii, 34 de deblocări de col şi adenomectomii, 55 de operaţii paliative, în majoritate orhiectomii, 2 cistostomii definitive, o ureterostomie cutanată bilaterală şi 2 foraje endouretrale), deoarece problemei mult disputate a tratamentului cancerului de prostată îi este predestinată prima viitoare consfătuire urologică pe ţară, care tinde să uniformizeze diversităţile existente.

II.2.4.3. ASOCIAŢIA TUBERCULOZĂ CU ADENOM DE PROSTATĂ

Observaţiile clinice de adenom şi tuberculoză de prostată sînt rare şi de obicei descoperirea o face examenul anatomopatologic postoperator. Asociaţia nu este aşa gravă, de aceea poate fi numită adenom de prostată asociat tuberculozei sau tuberculoză asociată adenomului.

Cu toată frecvenţa scăzută merită cunoaşterea, din cauza diagnosticului uneori dificil, cît şi al unor complicaţii posibile, datorite diagnosticului eronat.

Diagnosticul corect poate beneficia de o puncţie-biopsie, mai ales la cei la care există şi suspiciune de carcinom prostatic. Couvelaire (25) descrie situaţia în care tuberculoza prostatică se prezintă ca un carcinom. Ormond (85) citează un caz mai interesant din punct de vedere practic, în care rezecţia endouretrală a adenomului a dus la meningită tuberculoasă diseminată (afecţiunea bacilară supraadăugată a adenomului fiind necunoscută) şi la moartea bolnavului.

Frecvenţa asociaţiei se reduce în lucrările mai vechi ale clinicii la 7 observaţii şi în lotul actual la încă 2. Intraoperator se remarcă uneori o greutate în enuclearea adenomului. Diagnosticul corect al asociaţiei la ultimii 2 bolnavi la care ne referim a fost, din păcate, pus histologic postoperator.

Tratamentul medicamentos este descris în partea a II-a a lucrării.

Comentariu : asociaţie rară, a cărei frecvenţă scade în lotul nostru şi mai mult decît în alte materiale ale clinicii. Faptul este explicat şi prin numărul scăzut de bacilari urinari internaţi în clinică în ultima perioadă. Din punct de vedere practic nu are importanţă ce boală s-a instalat prima (lucru care nici nu se poate cunoaşte exact), dar nu este lipsit de logică să ne gîndim la asociaţia dată, *mai des,* cînd adenomul la palpare nu este clasic şi/sau bolnavul *are antecedente bacilare.*

Scanned with OKEN Scanner

II.2.5. COL VEZICAL PATOLOGIC ŞI ALTE BOLI URINARE (76 DE OBSERVAŢII CLINICE, ADICĂ 12%, CA ŞI ÎN ASOCIAŢIA ADENOM DE PROSTATĂ CU ALTE BOLI URINARE)

Cele 76 de asociaţii se observă în 7,6% din totalul operaţiilor pe vezica urinară (tumoarea vezicală asociată altor boli urinare fiind exceptată).

Gravitatea asociaţiei este mai mică decît cea de tipul tumoare vezicală cu alte boli urinare şi asociaţia pune probleme pentru stăpînirea hemoragiei după rezecţia de col : hemostaza electrică, cu sondă balonet, cu tracţiune sau fără, închiderea vezicii pe Pezzer sau tub plastic. Aceste elemente tehnice demne de luat în consideraţie pot fi socotite progresive, dar din păcate nu exclud totdeauna necesitatea meşării. Meşa rezolvă temporar situaţia, fără a ne scuti de sîngerarea secundară. În felul acesta viitorul va decide dacă bursa cu fir de nailon nu este indicată.

II.2.6. TUBERCULOZA URINARĂ ŞI ALTE BOLI URINARE

În grupul asociaţiei tuberculoză urinară cu alte boli urinare de tipul tuberculoză renală şi litiază, precum şi tuberculoză ureterală şi cancer renal, se observă o scădere a numărului de bolnavi.

★

Scăderea procentului de diagnostic greşit preoperator în asociaţia litiază renală cu tuberculoză urinară sau litiază renală cu tumoare renală se datoreşte :

— atragerii atenţiei asupra acestor asociaţii ;

— îmbunătăţirii explorării renale din punct de vedere al tumorilor.

Nu am întîlnit aspecte de asociaţii semnalate de alţi autori, şi anume :

— asocierea litiază renală cu tuberculoză şi echinococ (3) ;

— asocierea litiază renală cu tuberculoză şi tumoare renală ;

— asocierea nefrolitiazei cu pielonefrită (diagnosticată ca entitate nosologică aparte (88).

★

Observaţia clinică nr. 6 : b., 53 de ani, venit pentru dureri în hipocondrul drept, din cauze nedepistate, în cursul numeroaselor internări în multe unităţi sanitare şi după o explorare completă. Şi la noi, după o explorare renală completă (inclusiv scintiecografia renală), nu s-a precizat diagnosticul. Laparotomia exploratorie îl

Scanned with OKEN Scanner

lămurește parțial : calcul ureteral lombar drept și rinichi tumoral. Examenul histologic al piesei confirmă *Grawitz*-ul. *Evoluția* postoperatorie se complică cu anurie. Cu diagnosticul de litiază transparentă se abordează rinichiul restant și se constată calculi multipli în bazinet, calice, ureter (repetăm, invizibili radiologic). Ureterolitotomia și pielolitotomia, prin două incizii urmate de splint, scot bolnavul din anurie. Ea se reinstalează prin mobilizarea unui calcul caliceal și se remite din nou prin sondă ureterală. Părăsește serviciul vindecat.

Comentariu : din punct de vedere diagnostic nu s-a știut de tumoarea renală dreaptă și nici de litiaza reno-ureterală stîngă ; s-a bănuit o litiază reno-ureterală dreaptă.

De fapt ne-am aflat în fața unei asociații rare și grave : tumoare renală dreaptă cu litiază ureterală homolaterală și litiază reno-ureterală multiplă radiotransparentă stîngă.

Ca terapeutică rezolvarea a fost eficientă.

II.2.7. DIAGNOSTICUL ASOCIAȚIEI LITIAZEI RENALE (URINARE) CU TUBERCULOZĂ URO-GENITALĂ ȘI/SAU CANCER RENAL

Diagnosticul acestor asociații posibile poate fi pus greșit în două feluri. Fiind incomplet, nu se cunoaște procesul morbid neoplazic și/sau specific, încadrînd bolnavul în litiază pură. Greșeală fatală prin temporizarea terapeutică, în prima variantă, și gravă în a doua, prin neglijarea instituirii precoce a tratamentului antituberculos.

Greșeli inverse : a recunoaște procesul morbid de bază, neglijînd pe cel litiazic, nu are practic importanță în asociația litiazei cu tumoarea renală. Rinichiul extirpat, diagnosticul devine complet, terapeutica nu suferă nici ca precocitate, nici ca extindere oncologică.

În asociația calcul renal cu tuberculoză situația se poate prezenta în felul următor : actul operator adresat litiazei este neacoperit preoperator de un tratament antituberculos corect, din care cauză apare posibilitatea complicațiilor. Totuși *operațiile pentru litiază la un bolnav bacilar urinar tratat antituberculos se pot considera ca fiind executate pe un bolnav nebacilar.*

Deci litiază diagnosticată după o colică renală și/sau hematurie nu înseamnă un diagnostic complet. Explorînd în continuare bolnavul, căutînd să eliminăm cel puțin ipotetic un proces neoplazic mai rar și mai frecvent tuberculos, nu greșim și nici nu întîrziem mult gestul operator adresat litiazei.

Scanned with OKEN Scanner

Această atitudine introdusă în clinică explică numărul mai mic al greşelilor de diagnostic preoperator în asociaţiile tumoare renală cu litiază urinară şi tuberculoză cu litiază.

Nici această „vigilenţă diagnostică" nu scuteşte de greşeli, care apar totuşi (vezi obs. clinică nr. 6).

„Asociaţia cancer renal-nefrolitiază" rămîne o şaradă la care, dacă te gîndeşti, se rezolvă aproape corect, astfel : dacă găseşti calculul renal şi neglijezi tumoarea renală, situaţia este gravă ; dacă preoperator nu se ştie de calculul renal, dar operînd tumoarea renală acesta se găseşte, situaţia nu este gravă ; dacă, însă, preoperator nu ştii de existenţa calculului renal şi, operînd tumoarea, îl găseşti, dar nu cunoşti situaţia congenerului din punct de vedere al litiazei, situaţia poate deveni gravă (vezi obs. clinică nr. 6).

În lotul actual de bolnavi, din două asociaţii tumoare renală (o dată *Grawitz* şi o dată chist) cu litiază urinară, una a fost diagnosticată corect preoperator (chistul cu litiază) şi una incorect. În asociaţia tuberculoză urinară şi litiază ureterală, diagnosticul corect a fost pus în proporţie mult mai mare.

Litiaza urinară s-a asociat tuberculozei urinare operate de 45 de ori (tuberculoza genitală la bărbat şi la femeie fiind exclusă din acest lot).

Asociaţia tuberculoză cu litiază poate apărea sub masca litiazică sau tuberculoasă ; frecvenţa ei revine în lotul Blaja-Ioanid la 3,38% ; la noi, 0,28%. Această scădere se explică prin excluderea tuturor calcificărilor din diagnosticul asociaţiei şi scăderii accesului uro-tuberculoşilor în clinică, aşa cum s-a mai arătat.

★

În litiaza aparatului urinar asocierile se pot împărţi în două grupe : *litiază multiplă* (asociaţia litiază-litiază) şi *litiază cu alte boli urinare.*

Asociaţia litiază urinară cu alte boli urologice nu ridică probleme de clasificare sau de terminologie. Asociaţia litiază-litiază poate însă suscita nedumeriri. În fond este vorba de *localizări multiple* ale unei singure boli şi nu de două boli.

Teoretic este aşa, dar practic „localizările litiazice urinare multiple", prin problemele lor terapeutice, îndreptăţesc descrierea acestor *situaţii patologice* în cadrul asociaţiilor pluriurinare (vezi „Introducerea").

Date statistice : s-au operat pentru litiază reno-ureterală 1 019 bolnavi : 601 cu litiază renală şi 418 cu litiază ureterală ; 147 din

Scanned with OKEN Scanner

aceştia (14,5%) au prezentat : litiază asociată cu alte boli — 56 şi litiază multiplă — 91.

Asociaţia litiază-litiază : calculoza poate apărea etajată, multiplă unilaterală, pe segmente diferite ale aparatului urinar, bilaterală, pe acelaşi segment sau pe segmente topografic diferite.

Litiaza din acest grup se împarte în :

— renală multiplă (pielică, caliceală, pielo-caliceală) ;

— reno-renală (predominantă unilateral, echivalentă ca leziune şi potenţial) ;

— ureterală unilaterală, etajată, pe diverse segmente de conduct (lombar, iliac, pelvin terminal) ;

— uretero-ureterală, uni- şi/sau bilaterală înaltă (echivalentă sau nuanţată ca răsunet), joasă şi înaltă şi/sau numai joasă (echivalentă sau nuanţată ca răsunet ; vezi şi leziunile aparatului urinar distal) ;

— reno-ureterală, care cunoaşte multiple posibilităţi :

- unilateral etajată (homolaterală) ;
- bilateral etajată (încrucişată simetric sau asimetric) ;
- pe rinichi congenital ;
- pe rinichi unic ;

— litiază vezico-uretero-prostatică de-sine-stătătoare şi/sau asociată celei reno-ureterale în diverse posibilităţi.

II.2.8. LITIAZA URINARĂ ASOCIATĂ ALTOR BOLI UROLOGICE

Litiaza urinară asociată altor boli urologice (vezi subcapitolele respective) include :

— orice litiază cu chist sau tumoare renală ;

— orice litiază cu tuberculoză ;

— orice litiază cu boli congenitale reno-ureterale ;

— orice litiază cu adenom de prostată ;

— orice litiază cu tumoare vezicală ;

— orice litiază cu col vezical patologic.

II.2.9. BOLI ALE ORGANELOR SCROTALE (ŞI ALE PENISULUI) ASOCIATE ALTOR BOLI URINARE SAU DE ALT ORDIN

Din cele 6 000 de operaţii urologice, cam 10% se adresează organelor scrotale. Din acest ultim grup, cam 8% au prezentat diverse asociaţii patologice, al căror tip rezultă din tabelul I.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 1

Tip de asociație	Tip de operație	Nr. de operați
Epididimită bilaterală	epididimectomie bilaterală	8
Epididimită tuberculoasă bilaterală	epididimectomie bilaterală	3
Epididimită și adenom de prostată	O.S.M.	7
Epididimită bilaterală cu adenom de prostată	O.S.M.	2
Hidrocel bilateral	curbă bilaterală	5
Hidrocel și adenom de prostată	O.S.M.	11
Hidrocel cu epididim și adenom de prostată	O.S.M.	2
Hidrocel cu orhită heterolaterală	O.S.M.	3
Hidrocel drept cu chist cordon sting	O.S.M.	1
Varicocel cu epididimită dreaptă	cură bilaterală	1
Varicocel sting cu hernie dreaptă	cură bilaterală	2
Var cocel bilateral	cură bilaterală	1
Orhită cu adenom de prostată	O.S.M.	3
Criptorhidie și hernie	O.S.M.	1
Fimoză cu adenom de prostată	circumcizie, adenomectomie	1
Orhiepididimită cu adenom de prostată	orhiectomie și adenomectomie	1

Scanned with OKEN Scanner

Operaţiile simultane multiple efectuate pentru patologia enunţată, cît şi intervenţiile pe scrot în cursul altor operaţii urinare simultane au fost în general simple ca execuţie şi evoluţie postoperatorie.

Orhiectomia bilaterală pentru cancer de prostată a fost executată simultan cu operaţia de prostată sau independent de aceasta, la 28 de bolnavi ; acest tip de intervenţii nu intră în subgrupul pe care îl analizăm.

Nu am întîlnit în acest subgrup criptorhidie bilaterală, neimplantarea deferentului în epididim sau lipsa joncţiunii epididimodeferenţială.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul III

ASOCIAȚII URO-CHIRURGICALE

III.1. BOLILE URINARE ȘI HERNIA

Prezentăm un grup de 40 de bolnavi, format din următoarele subgrupe :

— adenom de prostată și hernie inghinală — 33 de observații clinice ;

— scleroză de col și hernie inghinală — 2 observații clinice ;

— adenom de prostată și hernie femurală — una observație clinică ;

— adenom de prostată și hernie inghinală strangulată — una observație clinică ;

— stricturi de uretră de netrecut și hernie inghinală încarcerată — una observație clinică ;

— hidrocel stîng și hernie inghinală dreaptă — una observație clinică ;

— tumoare vezicală și hernie inghinală dreaptă — una observație clinică.

Menționăm ca o asociație rară pionefroză și apendicită (una observație clinică).

Tratamentul acestor asociații uro-chirurgicale este discutat în partea a doua a lucrării, de aceea ne limităm la cîteva remarci generale și observații clinice.

Remarci generale. Cam 20% din purtătorii de adenom de prostată au și hernie. Dacă ne referim însă și la alți factori disecta-

Scanned with OKEN Scanner

zianţi (sclerozã de col, stricturi uretrale, fimoze strînse etc.) procentul bolnavilor urinari cu hernii devine mai mare, în medie, fără exagerare, aproximativ 25.

Cu toată virarea spre atitudinea operatorie radicală simultană a bolilor asociate este corect să nu se uite (exceptînd urgenţele) : cura herniei este facultativă, a bolii urinare este obligatorie (31).

Din analiza celor peste 208 observaţii clinice din literatură se constată acordul unanim în a opera concomitent hernia şi boala urinară. În privinţa abordului sînt mai multe păreri. Abordul este discutat.

Redăm 2 observaţii clinice.

Observaţia clinică nr. 7 : b., 74 de ani, cu stricturi uretrale de netrecut, cu abcese periuretrale recidivate, incizate iterativ, avînd cistostomie pentru adenom de prostată, se reinternează pentru „o recidivă de abces periuretral", care s-a dovedit a fi o hernie inghino-scrotală stîngă *încarcerată.* După taxis s-a hotărît şi s-a executat cura operatorie. Vindecare (reamintim că fluctuenţa intestinelor lasă impresia unui flegmon periuretral recidivat şi orice puncţie sau incizie posibilă înainte de internare ar fi putut să aibă urmări grave). Atitudinea de a opera hernia într-o etapă, fără a tenta — în cazul prezentat — şi adenomectomia, a fost corect.

Observaţia clinică nr. 8 : f., 56 de ani, vine pentru pionefrozã litiazică dreaptă veche. În cursul nefrectomiei se deschide peritoneul aderent şi îngroşat şi se găseşte un apendice inflamat la vîrf, cu abces cloazonat aderent de rinichi, prin intermediul peritoneului. Efectuarea simultană a apendicectomiei şi a nefrectomiei a dus la o evoluţie postoperatorie normală. O.S.M. impusă şi executată se încadrează în atitudinea justă.

III.2. ASOCIAŢIA LITIAZĂ RENALĂ DREAPTĂ CU BOLILE CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE

Se operează ambele afecţiuni într-o şedinţă, dacă leziunile sînt la rece. Se începe totdeauna cu colecistul litiazic şi, dacă radiomanometric intraoperator căile excretorii hepatice sînt normale, iar colecistectomia nu este grea, se poate aborda pe calea anterioară calculul pielic, transperitoneal, după decolarea unghiului hepatic al colonului.

Se contraindică operaţia simultană multiplă ;

— în inflamaţia unuia dintre organe (colecist sau/şi rinichi) ;

— cînd colecistectomia, ca prim timp al operaţiei simultane multiple, este grea şi de durată ;

Scanned with OKEN Scanner

— cînd căile extrahepatice nu sînt libere ;
— cînd abordul anterior este insuficient.

III.3. ADENOMUL DE PROSTATĂ ŞI CANCERUL RECTAL

Edelman la 150 de amputaţii de rect face 7 adenomectomii concomitente : niciodată perineal, numai pe calea hipogastrică ; începe cu adenomectomia, meşează provizoriu şi apoi termină amputaţia rectală.

Gosset rezecă endouretral adenomul şi apoi, în continuare, abordează cancerul rectal ; consideră că în asocierea adenomului de prostată cu cancerul rectal trebuie operate ambele afecţiuni, începînd cu adenomul.

Vincent nuanţează tactica : în adenomul mic, fără şanse de retenţie, operaţiile pot fi eşalonate ; în adenomul mare, cu retenţie în antecedente, se impune operaţia multipă simultană. Şi acest autor începe cu adenomectomia, după tehnica lui Millin. Este totuşi circumspect în sensul că nu uită că insuficienţa renală postadenomectomie poate da uneori neplăceri mai mari decît intervenţia pe rect.

Noi am întîlnit două retenţii urinare prin adenom, la amputaţii rectale, precum şi o fistulă uretero-prostato-rectală după coborîre de rect, pentru cancer.

În primele două observaţii clinice adenomectomia secundară amputaţiei a avut o evoluţie normală ; în ultima situaţie, sonda uretrală permanentă, tratamentul medicamentos şi dietetic au fost salutare.

III.4. COL VEZICAL PATOLOGIC ŞI TUMOARE DE CON MEDULAR

Asociaţie de boală urologică congenitală cu una neurochirurgicală.

Observaţia clinică nr. 9 : b., 25 de ani, vine pentru disurie, polakiurie, infecţie urinară, lombalgii. Se constată : megavezică, stenoză congenitală de col, ureterohidronefroză bilaterală. Se practică rezecţia de col vezical ; după o perioadă de remisie, în cîteva luni fenomenele amendate reapar şi cresc în intensitate ; rerezecţia de col vezical (endouretrală) duce la incontinenţă urinară.

Un control neurologic evidenţiază o tumoare benignă de con medular, care se extirpă la Clinica de neurologie a Spitalului „Gh. Marinescu" din Bucureşti.

Scanned with OKEN Scanner

Fenomenele de incontinenţă îşi modifică caracterul : nu există în decubit, iar în picioare, în timpul zilei, apar după oboseală.

La controlul periodic : staţionar.

Interpretare. Asociaţia bolii congenitale a colului vezical şi a unei boli a sistemului nervos a trebuit supusă pe etape la mai multe intervenţii chirurgicale eşalonate : cele urologice — două — au precedat pe cea neurochirurgicală. Ultima a îmbunătăţit neurotroficitatea unei vezici patologice congenitale, a cărei cale de evacuare a fost normalizată prin operaţiile de rezecţie de col, care totodată a îmbunătăţit morfofuncţional aparatul urinar cranial : ureterohidronefroza bilaterală.

Unele incontinenţe urinare, aparent obstructive, se pot datori (ce e drept, rar şi în proporţie de participare variată) unei afecţiuni a aparatului nervos, de care trebuie să se ţină seama.

III.5. PATOLOGIA URO-GINECOLOGICĂ

Extinzînd sfera acestei asociaţii putem include în ea şi unele leziuni iatrogene ale aparatului urinar supraadăugate bolilor ginecologice, obstetricale şi oncologice (neoplasm de col şi/sau de corp uterin etc.).

Desigur, aceste grupe de situaţii patologice se pot întrica diferit între ele, uneori agravîndu-se reciproc, fapt uşor explicabil, sau, din contră, greu de lămurit. De exemplu : leziunea de ureter după operaţia ginecologică observată şi rezolvată intraoperator sau precoce după operaţie nu are, după cum se ştie, un prognostic grav, dar o rezolvare tardivă, mai ales la o bolnavă iradiată, *impune* o terapeutică care devine dificilă. Rezultatul ei este incert şi ţine atît de corectitudinea tehnică, cît şi de hazard.

Bazîndu-ne datele literaturii autohtone [(18) (77)] şi străine (54) prezentăm grupul nostru de bolnavi.

Leziuni de ureter — 7 observaţii clinice — şi o fistulă uretero-vaginală iatrogenă formează un prim grup de 8 observaţii clinice. Reproducem mai jos cîteva, anticipînd că operaţiile reconstructive au dus la 8 vindecări cu păstrarea rinichiului (vezi capitolul de tratament).

Observaţia clinică nr. 10 : f., 43 de ani, se internează în clinică pentru fir ofensator al ureterului drept, rinichi supraiacent, mut, disurie intensă după histerectomie subtotală şi cervicocistopexie Marshall-Marchetti, efectuate în altă unitate sanitară, pentru fibrom uterin cu incontinenţă urinară: S-a practicat (Duvan, Momi-

Scanned with OKEN Scanner

ceanu) : ridicarea firului ofensator, U.N.C. drept şi s-a eliberat colul vezical exagerat de ridicat. S-a obţinut funcţia normală a rinichiului drept şi micţiuni normale.

Observaţia clinică nr. 11 : f., 38 de ani, vine la noi cu abces urinos periureteral stîng şi fistulă ureterală după histerectomie pentru fibrom operat în altă clinică. Un şir de intervenţii chirurgicale, dintre care ultima de tipul entero-uretero-cistoplastiei (Neagu, Duvan), salvează rinichiul.

III.5.1. FISTULELE VEZICO-VAGINALE POSTOPERATORII IATROGENE ŞI/SAU ACTINICE

În acest grup se încadrează 14 observaţii clinice. S-au obţinut 12 vindecări şi 2 eşecuri ; tratamentul este prezentat în partea a doua a lucrării. Anticipînd, se poate spune că s-au făcut 11 închideri transvezicale, o închidere prin colpoperineorafie, una prin plastie cu epiploon ; o dată s-a practicat ureterostomie cutanată.

Operaţii uro-ginecologice simultane-multiple. Tipurile lor se descriu la capitolul de tratament. Aici enumerăm numai situaţiile patologice care le-au indicat :

— polip uretral şi ruptură de perineu — una observaţie clinică ;

— incontinenţă de urină şi prolaps genital — 2 observaţii clinice ;

— incontinenţă de urină şi ruptură de perineu — 16 observaţii clinice (rezolvate astfel : 14 prin Burch şi perineorafie şi 2 prin perineorafie) ;

— piosalpinx şi ureterohidronefroza pielonului inferior al duplicităţii reno-ureterale stîngi — una observaţie clinică ;

— fibrom uterin şi incontinenţă de urină — 4 observaţii clinice ;

— anexită şi stenoză de ureter — una observaţie clinică ;

— chist de ovar şi ureterohidronefroză homolaterală şi tumoare pelvină — una observaţie clinică.

Karoubi (54) citează un caz de anexită cu reflux vezico-ureteral.

III.6. FISTULELE URO-RECTALE POSTOPERATORII

Suferinţa urinară şi digestivă deţine în datele clinicii noastre frecvenţa citată în literatura medicală de specialitate (variind în

Scanned with OKEN Scanner

lotul nostru între 1—0,2% față de toate asociațiile, fiind notate în 7%, față de cele 105 asociații uro-chirurgicale). Rezultatele terapeutice notate în clinică pînă în 1976 cu calificativul ameliorat au fost de fapt rele, cele obținute acum fiind mai mult decît mulțumitoare, restabilindu-se la toți bolnavii tranzitul normal al fecalelor și, la 5 din 6, micțiuni normale.

Rezultatele semnalate se datoresc atitudinii chirurgicale active, standardizate, expuse la capitolul de tratament. Anticipînd, putem spune : complicația, odată apărută și nerezolvată precoce intraoperator, impune anus iliac stîng provizoriu, cistostomie, cura fistulei prin metoda Kilpatrick, sutura anusului. În lotul nostru fistula a urmat după trei cancere de prostată : o dată intervenția iterativă pe col și de două ori adenomectomia.

Tratamentul chirurgical a constat de două ori în uretroplastie perineală cu telescopaj al uretrei și rectorafie, o dată în coborîrea hemicilindrului ano-rectal *à la Picot* și de trei ori în cura fistulei după Kilpatrick.

Chiar în situații cu complicații grave la bolnavi pluritarați atitudinea preconizată a avut efectul pozitiv scontat. Se poate cita cazul unui bolnav la care diagnosticul preoperator de adenom și litiază ureterală a virat intraoperator spre carcinom de prostată, iar deblocarea colului, evidarea prostatei au fost urmate de o fistulă uro-rectală ; anusul iliac impus a fost urmat de hepatită (posttransfuzională) ; hepatita a dus la un anus incompetent, care a necesitat refacerea sa. Cura Kilpatrick făcută favorizează recăderea în hepatită, iar sutura anusului iliac este urmată de o colică renală dreaptă, cu eliminare de calcul ureteral (fapt pozitiv) și o rectoragie (care demonstrează necesitatea acurateții în sutura anusului și fragilitatea acestor bolnavi din punct de vedere al homeostaziei).

Complicația pe care o descriem sau așa cum am denumit-o — asociația dintre leziunea urinară și intestinală (vezi „Introducerea") — ne-a învățat să ne gîndim mai des la posibilitatea unui cancer de prostată în operațiile pentru adenom, la utilitatea instituirii rutiniere și precoce a anusului iliac cînd fistula este mare și nu a putut fi rezolvată imediat intraoperator, la necesitatea menținerii, vreme îndelungată, a baghetei ansei anusului și suturii lui cu multă acurateție.

III.6.1. FISTULELE URO-RECTALE SPONTANE

Acestei situații patologice i se aplică aceleași criterii de încadrare în asociații ca și fistulelor uro-rectale postoperatorii.

Scanned with OKEN Scanner

Redăm două observaţii.

Observaţia clinică nr. 12 : f., 85 de ani, se internează cu urine tulburi şi frisoane. În antecedente, pneumonie. În antecedente îndepărtate, histerectomie totală. La cistoscopie : edem bulos pe peretele postero-lateral stîng. Suspiciune de fistulă recto-vezicală. Proba cu albastru de metil este negativă, colorantul nu se elimină prin rect ; nu are şi nu a avut pierderi de urină prin rect sau de fecale prin urină. U.I.V. normală. Bolnava refuză orice tratament.

După externare, la un nou puseu febril, elimină fecale prin urină, semn patognomonic de fistulă recto-vezicală. Ameliorare sub tratament medical. Este pierdută din evidenţă.

Interpretare : fistulă recto-vezicală spontană de cauză neprecizată, netratată, prin lipsa de cooperare a bolnavei.

Observaţia clinică nr. 13 : b., 66 de ani. Se internează pentru disurie. La tactul rectal se constată adenom de prostată şi pierdere de urină prin rect. Situaţia îl supără pe bolnav foarte puţin. Nu poate preciza momentul de cînd pierde urina prin rect. Irigografia arată o virolă canceroasă în segmentul cranial al rectului şi o fistulă recto-urinară. Se transferă la chirurgie.

Interpretare : fistulă recto-urinară canceroasă.

III.7. TRAUMATISME ALE APARATULUI URINAR

Iatrogene sau cotidiene-obişnuite (rutiere, casnice, incidentale etc.), survenite pe unul sau mai multe segmente ale aparatului urinar, indemn sau afectat de un proces patologic cunoscut înainte de traumatism sau depistat odată cu el, s-au întîlnit într-un lot de 12 observaţii clinice, din care redăm cîteva.

Observaţia clinică nr. 14 : b., 43 de ani, traumatism al vezicii urinare, cu ruptura rezervorului ; operaţia de sutură vezicală efectuată în provincie ; apariţia unei hematurii postoperatorii duce la internarea în clinica noastră, în 1979. La explorarea completă a aparatului urinar se constată rinichi drept afuncţional ; ecografic : masă solidă. Lombotomia confirmă tumoarea renală. Nefrectomie (Neagu, Duvan).

Comentariu : leziunea traumatică vezicală anterioară nu are nici o legătură cu cancerul renal, dar la acea dată diagnosticul clinic urologic al aparatului urinar a fost incomplet. Nu s-a explorat tot aparatul urinar, greşeală banală omni- şi mereu prezentă. Diagnosticul corect, adică complet şi precoce, ar fi permis exereza oncologică simultan cu corecţia chirurgicală a traumei vezicale.

Scanned with OKEN Scanner

Concluzia practică care se degajă subliniază încă o dată un lucru știut : explorarea *completă* a unui bolnav cu traumatism al aparatului urinar (chiar dacă nu se face preoperator din cauza urgenței) este obligatorie în perioada postoperatorie.

Observația clinică nr. 15 : b., 24 de ani, traumă minimă în regiunea renală stîngă, hematom renal și hematurie, motive de internare în clinica noastră, în 1979, cu diagnostic de ruptură de rinichi. Urografia de urgență arată rinichiul drept normal, cel stîng apare explodat, cîteva cavități renale opacifiate, la mare distanță unele de altele. Hematomul clinic progresează sub linia dintre spina iliacă antero-superioară și ombilic. Lombotomia confirmă ruptura intracapsulară a unui rinichi patologic congenital, hidronefrotic. Nefrectomie (Gălășanu). Vindecare.

Comentariu : elementul traumatic minim s-a localizat prin hazard pe rinichiul patologic ; situația inversă ar putea fi iremediabilă la un bolnav tînăr cu o hidronefroză necunoscută, asimptomatică stîngă.

Tropismul traumatismelor pe organe și segmente de aparat este cunoscut ; repetînd acest lucru vrem doar să subliniem gravitatea situației cînd un traumatism minim, ca în observația clinică redată sau în cursul unei explorări instrumentale corecte a aparatului distal patologic, poate fi urmat de perforație, ruptură, uroperitoneu etc.

Observația clinică nr. 16 : f., 45 de ani, accident rutier soldat — pe lîngă alte traumatisme corporale grave — cu explozia rinichiului drept. Diagnostic clinic și urografic. Nefrectomia impusă rezolvă problema (Ciofu, Duvan). Pentru alte traume se transferă într-un serviciu de specialitate.

Observația clinică nr. 17 : f., 36 de ani, accident rutier cu contuzie cerebrală, fractură de claviculă, hematom retroperitoneal. Transferată la noi după primele îngrijiri, se constată : ruptură traumatică reno-pielo-ureterală dreaptă cu hematom perirenal. Se practică sutura ureterului, a bazinetului și a rinichiului, pe splint (Duvan, Neagu). Intervenția reconstructivă a permis conservarea funcției renale drepte (atestate urografic postoperator) și transferarea bolnavei în provincie.

Observația clinică nr. 18 : b., 44 de ani, internat pentru disectazie de col prin scleroză. Se practică rezecția transvezicală a buzei posterioare a colului urmată de rinichi drept mare, dureros, stare febrilă. Se bănuiește fir ofensator pe ureterul terminal drept. Reintervenția făcută la 48 de ore înlătură firul (Duvan, Stoicescu), evoluția ulterioară fiind normală.

Scanned with OKEN Scanner

Observația clinică nr. 19 : b., 65 de ani, cu stricturi de uretră și scleroză de col. Dilatat în spital cu *Béniqué*-ul face, la cîteva ore, un abdomen acut. Se intervine (Gălășanu), constatîndu-se perforația vezicii, care se suturează odată cu rezecția buzei posterioare a colului. Evoluția postoperatorie normală. Vindecare.

Observația clinică nr. 20 : b., 64 de ani, se internează pentru calcul ureteral pelvin stîng. Tentativa de extragere endoscopică eșuează și se complică cu un abdomen acut, care impune intervenția chirurgicală. S-a constatat perforația vezicii și s-a practicat, odată cu sutura vezicii, și ureterolitotomia extravezicală și extraperitoneală (Gălășanu). Vindecare.

Observația clinică nr. 21 : f., 53 de ani, vine pentru pierdere totală de urină prin fistulă vezico-vaginală mare, datorită unui coit intempestiv. Sutură transvezicală a fistulei (Duvan, Noica). Vindecare.

★

Traumatismele renale în condițiile politraumatismului au dus la sacrificarea rinichiului în una din cele două observații. Traumatismul minim al unui rinichi patologic a necesitat exereza.

Ligatura iatrogenă de ureter rezolvată în 48 de ore nu a adus nici un fel de prejudiciu.

Cele trei rupturi traumatice de vezică, din care două iatrogene, au permis cura leziunilor cu succes ; în plus, în două observații, și înlăturarea concomitentă a leziunilor urinare asociate (rezecție de col pentru stenoză cu sutura vezicii ; sutura vezicii cu ureterolitotomie).

Blandy (2) semnalează perforații vezicale după operațiile endoscopice : în primul lot 5 la 935 de intervenții și în al doilea, 4 la 1 117. Perforațiile au fost mici sau mari, însoțite sau nu de leziuni intestinale.

III.8. ABDOMEN ACUT (A.A.) UROLOGIC

Bolnavii cu abdomen acut (peritonită, uroperitoneu, ocluzie mecanică sau dinamică, perforație de organ, hemoragie extra- și intraperitoneală, exceptînd pe cele de stres) se clasifică conform intraperitoneală, exceptînd pe cele de stress) se clasifică conform datelor prezentate la Congresul de la Lodz (49). Ei au fost împărțiți în 2 grupe : cei cu boli urinare — grupa *A* și cei cu alte boli, în afara celor urinare — grupa *B*. În prima grupă s-au descris mai multe subgrupe : bolnavi urinari neoperați, neoperați dar supuși manevrelor urologice, urinari operați pentru boală urinară cu abdomen acut iatrogen sau ca urmare a bolii, bolnavi urinari

Scanned with OKEN Scanner

operați pentru boli urinare asociate cu abdomen iatrogen sau datorită evoluției uneia din bolile asociate, urinari operați și abdomen acut de etiologie neurinară. Grupa *B* include două subgrupe: „pseudourinarii", trimiși greșit la serviciul de urologie cu abdomen de origine neurinară, și traumatizații (urinari care înainte de traumă erau sănătoși). Asemenea situații se observă cam o dată la 400 de intervenții, indiferent de cauzele care le generează: iatrogene, potențial morbid, prin hazard, chiar și afecțiuni neurinare.

Observația clinică nr. 22: b., 64 de ani, pielolitotomizat pe dreapta, se reinternează cu febră, piurie, supurație lombară. Periodic face frisoane, prezintă vărsături și contractură în hipocondrul drept. Odată cu crioterapie locală și antibioterapie se propune intervenția exploratoare pentru suspiciune de afecțiune colecistică, care se confirmă: hidrops mare inflamat. Colecistectomie. Vindecare.

Observația clinică nr. 23: b., 72 de ani, din provincie, cu retenție de urină prin adenom de prostată. Sondă uretrală. Adenomectomie cu fir de nailon în bursă. A 5-a zi postoperator: balonare, oprire de tranzit. Medical se remontează, pentru ca aceleași fenomene să se repete după încă 14 zile. Examenul general este refăcut. Nimic patologic. Radiografia abdominală pe gol — fără imagini hidroaerice. La reanimare cu aspirație-perfuzie bolnavul își revine. Exitus într-un puseu de balonare. Necropsie: peritonită adezivă.

Observația clinică nr. 24: b., 72 de ani, la care tumoarea vezicală rezecată transvezical este urmată a 3-a zi de abdomen acut. Laparotomia precoce arată anse intestinale cu granulații specifice bacilare, lipite de peretele vezical în zona electroexciziei. Desfacerea aderențelor. Vindecare operatorie. Confirmarea histologică a diagnosticului de tumoare vezicală și tuberculoză intestinală. O relaparotomie peste o perioadă lungă de timp arată un proces plastic peritoneal, cu tot tratamentul antituberculos efectuat.

Observația clinică nr. 25: f., 64 de ani, supusă unei cistectomii totale pe un rezervor vezical exclus cu trei ani înainte (ureterocolostomie) și care sîngerează prin recidivă tumorală. A doua zi, postoperator, vărsături, abdomen suplu. Fenomenele sînt atribuite unor tulburări hidroelectrolitice. Laparotomia, executată după încă 48 de ore, dezvolvulează o ansă de intestin subțire aderentă la transa de peritonizare. La 6 ore după ridicarea obstacolului bolnava decedează.

Scanned with OKEN Scanner

Interpretarea observațiilor clinice din grupul de mai sus :

— în prima, piuria, pilolitotomia în antecedentele apropiate și partea afectată puteau sugera un proces infecțios renal. Intervenția exploratoare a permis depistarea unei colecistopatii. După colecistectomie s-au amendat și fenomenele urinare ;

— în observația următoare expectativa prelungită a dus la exitus ;

— în asocierea tuberculozei intestinale cu tumoarea vezicală operația iterativă precoce a fost salutară ;

— în ultima observație se vede efectul nedorit al unei intervenții tardive.

III.9. ASPECTE UROLOGICE ALE GERONTOCHIRURGIEI

Factorul vîrsta pacientului în sine nu mai constituie o contraindicație operatorie formală.

Analiza bolnavilor noștri operați pentru toate afecțiunile și, în grup separat, pentru adenom de prostată, denotă aspecte grăitor de pozitive.

Se știe că media de vîrstă a crescut ; inerent, bolile urologice se observă mai des. Odată cu cele obișnuite se lărgește sfera bolilor pluriurologice. Din cei operați pentru adenom de prostată în ultimii ani 43% au avut peste 70 de ani, 39% între 70 și 80 de ani și 4% peste 80 de ani.

Între 1977—1979, 45% din cei operați pentru adenom de prostată aveau peste 70 de ani.

Se poate spune că 70% din operațiile pe prostată se fac la bolnavi de peste 65 de ani. La noi fiecare al 2-lea și, alternativ, al 3-lea bolnav operat a avut această vîrstă.

În cadrul altor boli urinare, 83% din femeile operate au avut peste 65 de ani.

Rezultatele operatorii la aceste grupe de vîrstă, ca și la altele mai tinere sau mai vîrstnice, s-au dovedit a fi superpozabile chiar și în cazul operațiilor multiple simultane, necesare în diverse asociații patologice.

Deci factorul vîrstă ca atare, izolat, și-a pierdut caracterul agravant al actului operator.

III.10. ALTE ASPECTE AGRAVANTE ALE ACTULUI OPERATOR LA URINARI, RISCUL BOLNAVILOR CU PATOLOGIE ASOCIATĂ

Durata operației. Sub anestezia-reanimare actuală (vezi : S. Crivda — Riscurile și greșelile terapiei intensive, Ed. medicală, București, 1982), durata operației aparent nu contează, exceptînd

Scanned with OKEN Scanner

vîrstnicii înaintaţi (octogenari), cei pluritaraţi, cu o patologie urinară obişnuită sau asociată. Este mai bine ca actul operator să nu fie prelungit şi să fie atraumatic. Cei operaţi multiplu simultan au un risc proporţional mai mic şi durata fiecărei operaţii proporţional mai scurtă. Bilanţul patologic al bolii unice sau a celor asociate, cît şi bilanţul biologic al bolnavului (factor de primă importanţă) sînt discutate la subcapitolul „Risc" (vezi capitolul V).

Atitudinea operatorie radicală simultană şi radicală eşalonată. Avantajul atitudinii operatorii radicale în tratamentul diferitelor aspecte ale patologiei urinare nu mai are nevoie de argumentare.

Faţă de atitudinea chirurgicală neradicală, paliativă, a cărei sferă se reduce tot mai mult, exceptînd cazurile rare, în care îşi păstrează încă toată valoarea, *astăzi* se discută dacă atitudinea radicală chirurgicală în asociaţiile patologice urinare trebuie să fie simultan multiplă sau eşalonată.

Eşalonarea cu indicaţiile sale corecte, care se reduc odată cu progresele înregistrate în chirurgie şi anestezie (terapie intensivă), nu s-a dovedit superioară totdeauna operaţiilor simultane multiple (riscurile traumei psihice, anestezice şi operatorii intrînd în joc de mai multe ori).

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul IV

ASOCIAȚII URO-NECHIRURGICALE

Le definim drept situații în care boala urinară chirurgicală este însoțită de o afecțiune nechirurgicală a altui aparat sau sistem la distanță (infecția acută extraurinară, septicemia, hiperazotemia severă, infarctul miocardic, insuficiența coronariană, insuficiența cardiacă globală, pneumopatia acută, diabetul, accidentele vasculare recente, sechelele neurologice, hipertensiunea arterială etc.).

Bolile se intercondiționează și se intrică reciproc. Prezența lor obligă schimbarea tacticii chirurgicale care, prin tradiție și prudență, uneori excesivă, a rămas neradicală.

Ținînd seama, la ora actuală, de contextul dat de creșterea mediei de vîrstă, de numărul de intervenții chirurgicale la grupe de vîrstă înaintată, se poate spune că sfera asociației uro-nechirurgicale devine foarte cuprinzătoare, înglobînd numeroase aspecte, indiferent dacă o privim din punct de vedere al atitudinii terapeutice clasice, al indicațiilor lărgite sau „la limită", mai ales în cadrul prostaticului care prezintă și alte boli sau în fața oricărui alt bolnav urinar cu alte boli neurinare.

IV.1. ADENOMUL DE PROSTATĂ LA UN PLURITARAT

Am contribuit la încetățenirea atitudinii de lărgire a sferei operației radicale — adenomectomia într-un timp — la prostaticul vîrstnic și pluritarat. Sîntem mulțumiți că, operînd chiar la limita indicațiilor, obținem din 1964 rezultate bune la această categorie

de bolnavi. Preocupîndu-ne de acești pluritarați am avut ocazia să preconizăm jaloanele indicațiilor lărgite și „la limită" ale adenomectomiei într-un timp. Credem că s-a precizat bine raportul față de factorii agravanți cardiaci (Papadopol, Crivda, Neagu, Duvan), vîrstă (Duvan, Ioanid), risc (Crivda).

Astfel atitudinea de *eșalonare*, deci de temporizare a operației radicale sau a celor multiple simultane, și în afara sferei asociației adenom de prostată și alte boli neurinare, se impune în continuare în :

— septicemiile severe (urinare) ;

— infecții urinare și extraurinare *acute ;*

— hiperazotemiile severe cu etiologie incomplet precizată ;

— bolile cardiovasculare (infarctul miocardic *recent,* insuficiența coronariană *acută,* insuficiența cardiacă *globală) ;*

— pleuropneumopatiile *acute ;*

— bolile metabolice de nestăpînit (diabet greu reductibil) ;

— accidentele vasculare *recente ;*

— stările febrile de cauză necunoscută, dar sigur neurinare.

Operația radicală în adenomul de prostată necomplicat, însoțit de alte boli neurinare, se indică în următoarele situații :

— intrafebril (în febra dată de adenom) ;

— intrahemoragic (în hematuria menținută de adenom) ;

— la hiperazotemici prin adenom la care ureea nu se reduce sub tratament medical și sondă uretrală ;

— la bolnavii cardio-pulmonari cronici (cu infarct cardiac vechi, accident vascular îndepărtat, insuficiență coronariană și cardiacă reduse) ;

— diabeticul controlabil.

Justețea celor expuse și aplicate s-a urmărit și în 1973, pe un număr de 1 813 adenomectomizați, și între anii 1977—1979, pe aproape 1 200 de operați. Se notează îmbunătățiri globale în operațiile făcute cu indicații obișnuite, lărgite, „la limită", cu privire la :

— hemoragiile postoperatorii (scăzute ca număr și intensitate) ;

— scăderea mețajului (de la 23% la 5%) ;

— ameliorări tehnice (hemostaza lojei făcîndu-se electric și prin bursă cu fir de nailon extirpabil sau fir în „U") ;

— scăderea zilelor de spitalizare ;

Scanned with OKEN Scanner

— punerea riscului anestezic și operator în cumpănă o singură dată ;

— rezultatele postoperatorii.

★

Revenind asupra prostaticului cardiac și a celui cu tulburări ale hemostazei și fibrinolizei, boli asociate adenomului, cu care ne-am întîlnit mai des și le cunoaștem din punct de vedere practic, se pot spune următoarele : acești factori care pot fi consideraţi, de regulă, neagravanți — uneori însă sînt de la început agravanți — permit, sub o reanimare-anestezie corectă, intervenția radicală.

Imprevizibilului i se acordă totuși cota-parte cuvenită ; el răstoarnă orice previziune riguroasă.

Preconizînd lărgirea sferei operatorii la prostaticul pluritarat și foarte vîrstnic, care constituie azi o realitate cotidiană (83% din adenomectomii se fac într-un singur timp, 70% din operaţi avînd peste 70 de ani), credem că ea se poate răsfrînge și asupra altor urinari de operat.

Scăzînd numărul adenomectomiilor în doi timpi și al cistostomiilor definitive, se îngustează sfera contraindicaţiilor date de bolile *neurinare cronice*, inclusiv cele cardiace.

Concluzia este și optimistă, și reală ; ea se suprapune altei concluzii similare la care am ajuns din analiza vîrstnicului tarat operat pentru alte afecţiuni urologice, în afară de adenom, sau la cel operat de adenom și de alte boli urinare.

Reunind acum aceste două feluri de concluzii *asemănătoare* provenite din analiza grupelor *deosebite* de bolnavi urinari se poate spune, cel puțin teoretic, că bolnavul urinar vîrstnic și pluritarat poate fi operat radical cu rezultate bune după corectivele ce se pot face și de care trebuie să se țină seamă (Crivda, Hozoc, Papadopol, Duvan ș.a.).

IV.2. URINARUL DIABETIC

Diagnosticul precoce și tratamentul adecvat al tulburărilor metabolice constituie calea principală în scăderea complicaţiilor postoperatorii și a mortalității în chirurgia diabeticului urinar. Teza enunțată că un diabetic compensat poate avea o evoluție postoperatorie rea, iar unul decompensat, o evoluție favorabilă, trebuie considerată eronată (chiar în condiții de urgență).

Scanned with OKEN Scanner

Corolév şi alţii observă 26 de complicaţii la 21 (33%) de bolnavi din cei 64 operaţi. Preconizează ca tratament : vitamina B, alcaline, cocarboxilază, plasmă nativă, alimentaţie lipotropă, apoi insulină şi, mai tîrziu, tratament sulfamidic şi dietetic. Recunosc o mortalitate de 4%.

IV.3. BOLNAVUL CU ADENOM DE PROSTATĂ CU PREDISPOZIŢIE LA SÎNGERARE SAU TROMBOEMBOLIE

Acest grup include bolnavii cu adenom de prostată necomplicat sau pe cei care prezintă şi alte boli neurinare. Complicaţia hemoragică sau/şi tromboembolică a devenit un fapt de fiecare zi, cunoscut, de care ţinem seama, dar nu totdeauna îl rezolvăm. Efortul nostru în îngrijirea corectă a acestor bolnavi continuă. Amintim tentativa de a corela apariţia sîngerărilor mari şi a tromboemboliilor în anumite luni ale anului, numite meteorolabile, în special primăvara şi toamna (33). În aceste perioade în clinică se acordă o atenţie specială posibilităţii apariţiei complicaţiilor sau existenţei lor. În acelaşi efort încadrăm teza lui M. Banu (9). Aceasta demonstrează judicios că apariţia hematuriei tardive postoperatorii este legată de stresul produs de actul operator, că în orice leziune tisulară se eliberează kalicreină activă, activator al sistemelor hemostatic şi fibrinolitic. Se subliniază rolul agenţilor inhibitori şi fibrinolizei (E.A.C.A. şi P.A.M.B.A.) şi se limitează aplicarea vitaminei K şi a venostatului, care nu acţionează specific ; venostatul, în plus, prin transformarea fibrinogenului în fibrină devine ineficient în iniţierea unei *coagulopatii* de consum, cînd procesului de coagulare stimulat de medicament i se opune fibrinoliza reactivă.

În sîngerări şi tromboembolii trebuie înlăturaţi următorii factori de risc :

— cei care ţin de bolnavi (nu li se administrează antibiotice cu potenţial hemoragic şi substanţe macromoleculare ; se corectează obezitatea : trebuie cunoscute toate antecedentele) ;

— cei care ţin de felul bolii (ţesut prostatic şi renal bogat în activatori fibrinolitici ; ţesut neoplazic secretant de substanţe proteolitice şi fibrinolitice ; traumă operatorie).

Cele trei diagrame reproduse reprezintă sugestiv tulburările de hemostază şi fibrinoliză în trei grupe de boli (diagrama din fig. I). structura bolilor urologice la bărbaţi (diagrama din fig. II), procentul sîngerărilor şi al tendinţei la tromboză, la bărbaţi cu boli urologice (diagrama din fig. III).

Scanned with OKEN Scanner

IV.4. ADENOMUL DE PROSTATĂ ȘI LEUCEMIA

Observația clinică nr. 26 : b., 55 de ani. Este transferat la noi din cauza retenției de urină prin adenom de prostată. A fost spitalizat la clinica de hematologie pentru leucemie limfatică cro-

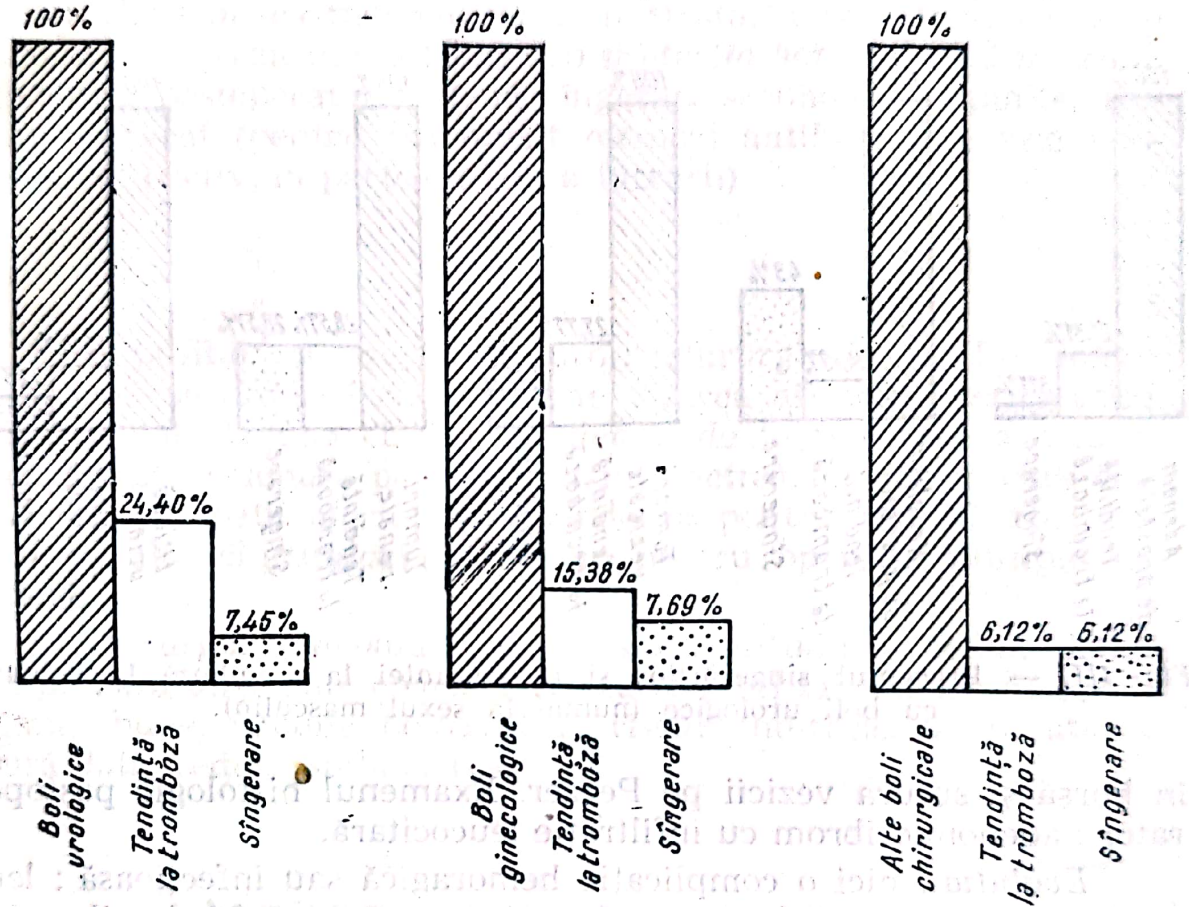

Fig. I. — Tulburările de hemostază și fibrinoliză pe trei grupe de boli.

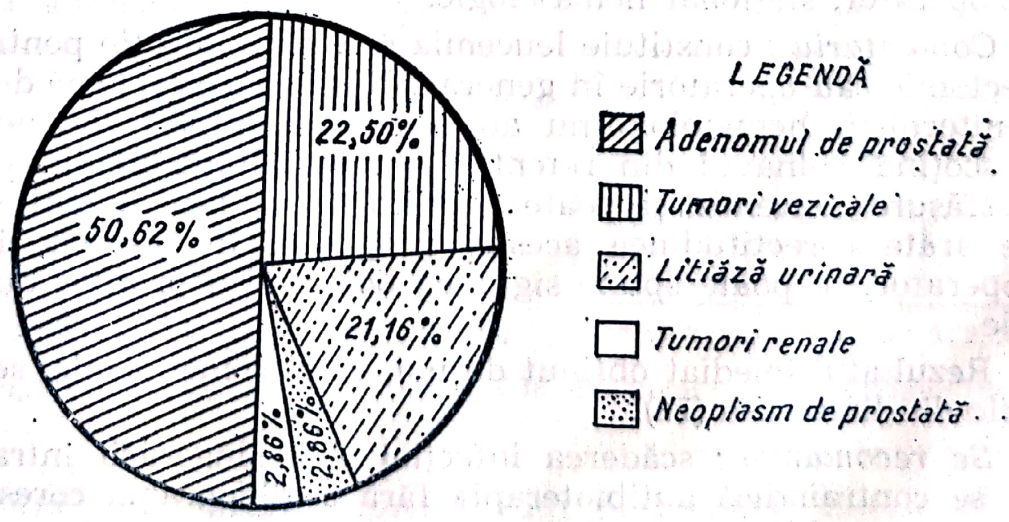

Fig. II. — Structura bolilor urologice (numai la sexul masculin).

nică și prezenta următorul tablou sanguin : Hb — 10,5 ; trombocite — normale ; leucocite — 16 000 ; urocultură — germeni sensibili la Biseptol.

Clinic : nu are splenomegalie sau adenopatie. Se practică adenomectomie transvezicală cu hemostaza lojei prin fir de nailon

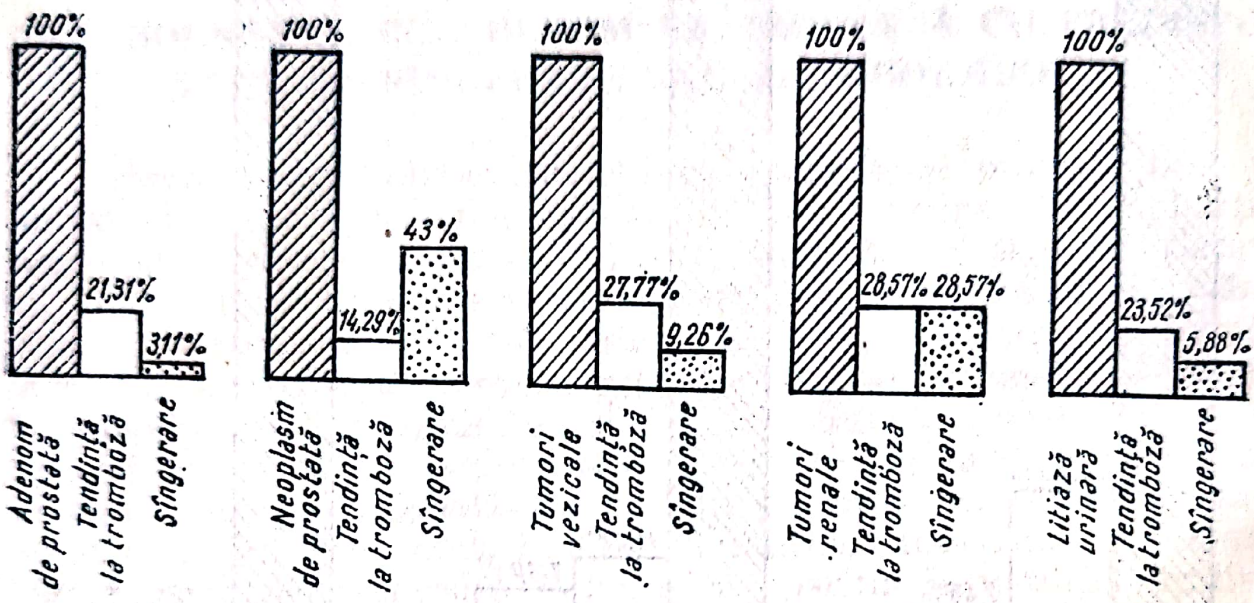

Fig. III. — Procentul sîngerărilor și al tendinței la tromboză la bolnavii cu boli urologice (numai la sexul masculin).

în bursă și sutura vezicii pe Pezzer. Examenul histologic postoperator : adenomiofibrom cu infiltrație leucocitară.

Evoluția : nici o complicație hemoragică sau infecțioasă ; leucemia nu a dat recrudescență. Se externează după 28 de zile, vindecat operator, staționar hematologic.

Comentariu : constituie leucemia o contraindicație pentru adenomectomie sau operatorie în general? Rămîne o problemă deschisă; nici interniștii hematologi nu au o părere unitară. Adenomectomia, scoțînd bolnavul din retenție, a îmbunătățit fondul pe care se desfășura leucemia și poate și viitorul ei. Dar numai viitorul poate arăta corectitudinea acestei prognoze. În prezent, imediat postoperator, se poate spune sigur că bolnavul a profitat de intervenție.

Rezultatul imediat obținut de noi, ca și comentariile, seamănă cu cele din literatură (11).

Se recomandă : scăderea infecției și a sîngerării intraoperatorii, se contraindică antibioterapia fără antibiogramă corespunzătoare.

Observația clinică nr. 27 : b., 27 de ani, cu leziune traumatică a colului vezical prin corp străin introdus voluntar, cunoscut ca hemofilic tip A, se internează pentru hematurie. Cistoscopia în vederea extragerii corpului străin nu s-a complicat cu hemoragie, dar nici nu a fost încununată de succes. Intervenția transvezicală care, în afară de extragerea corpului străin, a trebuit să excizeze parțial și colul vezical, s-a făcut sub *protecția hematologică indicată.* În evoluția postoperatorie, două sîngerări secundare stăpînite. Externat vindecat (pentru tratament medical antihemofilic vezi subcapitolul respectiv, în partea a II-a a lucrării).

*

Este posibil ca asociațiile uro-nechirurgicale să fie domeniul în care se observă cel mai bine virarea atitudinii terapeutice chirurgicale de la una clasică, prudentă, de temporizare a actului chirurgical și eșalonare pe etape, la una *activă, modernă,* care cîștigă teren pe toate meridianele, pledează pentru radicalitate precoce a actului chirurgical, la nevoie pentru operații multiple simultane.

În chirurgia adenomului de prostată atitudinea activă cîștigă teren pe baza unor date comparative certe (vezi tabelul II), dă rezultate mai bune, supune bolnavul la riscul anestezic și operator o singură dată, reduce spitalizarea.

Tabelul II

Mortalitatea în adenomectomia într-un timp

(executată cu indicație obișnuită, lărgită, „la limită", în diverse etape de studiu)

Anul	Nr. observații	Indicația clasică	Indicația lărgită	Limită	Tratament		
					1*	2*	3*
1962	72	da	—	—	3,2%	12%	36%
1964	51	—	—	da	7%	—	—
1973	1 832	da	da	—	1,2—2,9%	—	—
1977—1979	1 200	da	da	da	global 3% pentru : 1, 2, 3		

*) 1 — operații într-un timp ; *2* — operații în doi timpi ; *3* — cistostomie definitivă.

În 1966, spitalizarea dura 6 luni la bolnavii cistostomizați, pînă la externarea lor după operația radicală.

Scanned with OKEN Scanner

În ultimii ani, 83% din bolnavi sînt operaţi într-un singur timp. Spitalizarea este de 15 zile la cei cu evoluţie bună, ajungînd la dublu la cei cu complicaţii.

★

Desigur, atitudinea activă în faţa unui urinar chirurgical prostatic cu tare multiple ale altor organe sau/şi cu mai multe boli urologice asociate nu ne scuteşte de bunul simţ, de respectarea deontologiei (acordul bolnavului şi/sau al familiei pentru operaţia respectivă).

Entuziasmul nejustificat al atitudinii intervenţioniste precoce nu poate fi admis. Atitudinea necesită experienţă chirurgicală, corectitudine tactică adaptată fiecărui bolnav în parte, execuţie tehnică precisă şi rapidă. Chiar protejate şi susţinute azi la noi în clinică de o anestezie şi reanimare de cea mai bună calitate, intervenţiile operatorii la această grupă de bolnavi necesită grijă în plus faţă de grupul celor încadraţi în indicaţia „obişnuită".

Noi, ca şi datele din literatura modernă de specialitate, considerăm că durata execuţiei unei intervenţii chirurgicale în condiţiile unei anestezii-reanimări bune în grupul bolnavilor gravi prin asociaţii şi/sau complicaţii nu constituie o piedică. Categoric că este mai bine ca intervenţia chirurgicală să fie de scurtă durată, dar la nevoie ea poate fi prelungită cu cîteva zeci de minute (fără prejudicii deosebite din partea operatului în evoluţia sa postoperatorie apropiată şi la distanţă) răsplătite cu un bun prognostic.

Citãm cîteva observaţii clinice cu bolnavi pluritaraţi cu asociaţii.

Observaţia clinică nr. 28 : b., 93 de ani, se internează în 1979 pentru hematurie, retenţie incompletă. Se pune diagnosticul de tumoare vezicală şi adenom de prostată, insuficienţă coronariană. Se operează transvezical numai tumoarea vezicală (Duvan). Adenomul de prostată, deliberat, se lasă pe loc. Vindecare.

Comentariu : faţă de asociaţia tumoare vezicală cu adenom de prostată, atitudinea terapeutică a dovedit prudenţă, în sensul că s-a intervenit numai pentru afecţiunea oncologică şi pentru instituirea hemostazei.

Faţă de vîrsta pacientului atitudinea terapeutică este activă, radicală, respectînd durata scurtă a intervenţiei.

Observaţia clinică nr. 29 : b., 82 de ani. Se reinternează în 1979 în clinică pentru disectazie de col, stricturi uretrale recidivate, insuficienţă cardiacă reductibilă ; intervenţia chirurgicală a fost contraindicată de patru ori. I se propune — şi acceptă — riscul unei

deblocări de col (Duvan). Durata operației : 40 de minute. Vindecare.

Comentariu : terapeutica a fost radicală, fără nici o rezervă față de vîrsta și bolile urologice asociate.

Observația clinică nr. 30 : b., 84 de ani, se internează în 1979 cu adenom de prostată, polakiurie intensă nocturnă ; ambulatoriu, timp de 9 ani, i s-au practicat dilatații uretrale, fără ameliorări ; bronșită cronică.

Adenomectomia cu hemostază prin fir de nailon în bursă (Duvan ; timp de executare : 60 de minute) rezolvă judicios situația ; pleacă urinînd normal.

Observația clinică nr. 31 : b., 84 de ani, se internează în 1978, de urgență, pentru retenție de urină cu cheaguri. Se constată : adenom mare de prostată cu tumoare vezicală și rinichiul drept mut urografic. În prima etapă operatorie se practică electroexcizia operatorie și adenomectomie, din prudență, cu meșă (Duvan, Stoicescu ; durata : 60 de minute). Peste 45 de zile, după externare și revenire, se practică nefrectomie dreaptă și *second look* vezical cu electrocoagularea micilor formații recidivate. Vindecat operator.

Observația clinică nr. 32 : b., 81 de ani, se internează în 1979 pentru insuficiență renală cronică (uree 105 mg%), glob vezical, adenom de prostată. Vine prin transfer de la o altă clinică. Sondă uretrală și tratament medical reduc puțin hiperazotemia și se decide cistostomia ; intraoperator se constată un adenom foarte mare, care ar putea duce la intoleranță față de Pezzer ; deci se impune adenomectomia, intervenția terminîndu-se prin sondă cu balonet (Ioanid). Evoluție bună ; ureea se remite la externare.

Comentariu : observația constituie încă un exemplu în care indicația adevărată a operației se decide intraoperator. Atitudinea clasică de prudență, cistostomie și ulterior adenomectomie, a fost schimbată corect în folosul atitudinii radicale, datorită elementelor locale.

IV.5. RISCUL URINARULUI CHIRURGICAL CU BOLI ASOCIATE *

Independent de felul asociației ce prezintă, bolnavul supus operației chirurgicale are de înfruntat un multiplu risc : operator, anestezic, biologic, patologic și psihologic.

Riscul operator, la categoria de bolnavi descriși, este suprapus celui al oricărui bolnav chirurgical, dar nuanțat în parte de asocia-

* În cazul indicațiilor operatorii obișnuite, a celor la „limită" sau a operațiilor multiple simultane (sau eșalonate la scurt interval).

Scanned with OKEN Scanner

ţiile existente, de interdependenţa şi intercondiţionarea lor. Nu pune probleme deosebite chiar în operaţiile multiple simultane.

Riscul anestezic, aşa cum rezultă din experienţa echipei de anestezie-reanimare şi a cardiologilor din clinica Spitalului „Panduri", este pe deplin stăpînit chiar în gerontochirurgia urologică, fără deosebiri faţă de anestezia bolnavului mai tînăr operat.

Riscul biologic ţine de terenul bolnavului urinar. În acest risc se încadrează şi factorul *„vîrstă"*. Terenul „propice" devine de drept factorul care asigură prognoza favorabilă, iar privitor la „vîrstă" se pot spune următoarele : bolnavul urinar vîrstnic, peste 70 de ani, se întîlneşte tot mai des. El suportă bine intervenţia chirurgicală. Octogenarii pun probleme în îngrijirea postoperatorie. Pe scurt, vîrsta ca atare nu mai constituie un factor agravant.

Riscul psihologic se referă la stresul operator şi uneori la cel dat de natura bolii, în special în cazul neoplaziei. Faţă de ea candidatul la operaţie are o reacţie personală, variată, dependentă de tipul sistemului nervos central, educaţie, puterea de stăpînire etc.

IV.6. BOALA NEOPLAZICĂ ŞI BOLNAVUL URINAR OPERAT

Faţă de această situaţie există mai multe atitudini. Cea umanitaristă, din cadrul deontologiei socialiste, nu informează suferindul asupra caracterului bolii. Psihicul şi intelectul sînt cruţate, se recurge la un paliativ (chiar un A.U.D. pentru buletinul anatomopatologic etc.), cu ştirea familiei.

Atitudinea inversă permite anunţarea caracterului bolii, atît bolnavului cît şi familiei sale, precum şi formaţiilor de asigurări sociale respective. Se dezvăluie prognosticul vital, cel al capacităţii restante de muncă sau legat de modul de supravieţuire : valid, invalid. Scopul este de a crea un pacient disciplinat, conştient, întru totul receptiv faţă de medicul curant, fapte puse înaintea cruţării psihice.

Pe de altă parte, în etapa actuală a legislaţiei noastre sanitare, există un lucru parţial antagonist în problema bolnavului urinar oncologic. Serviciul de oncologie nu-l informează asupra caracterului bolii ; reţeaua oncologică îl ia în evidenţă pentru control şi tratament. Un reprezentant al reţelei se prezintă, după externarea bolnavului, la el acasă şi, involuntar, îi dezvăluie adevărul. De aici perturbări morale, neîncrederea operatului în medicul operator, în oncolog sau în amîndoi.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul V

TRATAMENTUL ASOCIAȚIILOR UROLOGICE, UROCHIRURGICALE SAU DE ALT TIP

Indiferent de asociație, tratamentul este *medical* și/sau *chirurgical.*

V.1. TRATAMENTUL MEDICAL

Include terapia medicamentoasă a infecției urinare specifice și nespecifice, terapia simptomatică, reanimarea urinarului cu boli asociate, uneori dializa lui. Ultimele două aspecte se redau în numeroase surse. Noi folosim lucrarea „Riscuri și erori în anestezie și terapia intensivă", din care citățm în diferite subcapitole.

V.2. TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Tratamentul chirurgical de care ne ocupăm cuprinde, în funcție de patologia asociată expusă, în afară de datele privitoare la tactica și tehnica cunoscute, o serie de aspecte legate de indicații pe care căutăm să *le scoatem în relief,* standardizîndu-le în situațiile patologiei precizate, indicații ce nu sînt oglindite în literatură ca atare. Riscul operației multiple simultane aparent ar fi mai mare, dar de fapt este mai mic și impune cunoașterea nuanțată a detaliilor tactico-tehnice. Actul chirurgical executat într-un cadru ce se conturează tot mai precis, încă puțin cunoscut și descris, devine util în mîinile a tot mai multor chirurgi.

Pornind de la acest raționament, tratamentul chirurgical — așa cum rezultă din experiența clinicii — se descrie în funcție de : asociație, segment al aparatului urinar lezat, boala de bază, cea

Scanned with OKEN Scanner

asociată sau/şi leziuni multiple. El se încheie cu o recapitulare scurtă (în funcţie de organ şi boală, în funcţie de iconografia prezentată şi rezultatele obţinute).

V.2.1. TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN FUNCŢIE DE ASOCIAŢII URO-UROLOGICE

V.2.1.1. TRATAMENTUL POLINEOPLAZIEI

Polineoplazia ne-a impus :

— castraţie cu chiuretaj retroperitoneal în cancer testicular stîng metacron celui drept ;

— nefrectomie pentru chist renal cu electroexcizie transvezicală a tumorii vezicale ;

— electroexcizia transvezicală a tumorii vezicale cu abordarea celei paravezicale retroperitoneal.

V.2.1.2. TRATAMENTUL SCLEROZEI DE COL VEZICAL ASOCIATĂ CU ALTE BOLI URINARE

Tratamentul chirurgical al acestui tip de asociaţie implică în primul rînd rezecţia colului şi apoi rezolvarea chirurgicală a bolii asociate, simultan sau în altă şedinţă. Pentru rezecţia de col se recomandă orice tratat de tehnică ; pentru rezolvarea chirurgicală a bolilor asociate, subcapitolele respective din lucrare. Insistăm asupra hemostazei în rezecţia colului. Ea se poate realiza electric, prin sondă-balonet cu tracţiune, combinînd aceste două modalităţi sau prin fir de nailon extractibil, uneori prin meşă.

Între măsurile de combatere a hemoragiei (intra- şi postoperatorii) nu este neglijat tratamentul medical de corectare a masei sanguine, aprecierea cantităţii de sînge pierdut cu ajutorul fotocolorimetrului. În sîngele amestecat cu urină, hemoglobina este convertită în acid hematic prin soluţia Drapkin (13).

V.2.1.3. OPERAŢIILE DE PROSTATĂ ÎN BOLILE EI ASOCIATE CU ALTE AFECŢIUNI URINARE ŞI/SAU CHIRURGICALE.

Adenomectomia

Operaţie larg utilizată, bine cunoscută, care dă conform cifrelor internaţionale între 1—5% mortalitate (exceptînd unele statistici personale selective).

Scanned with OKEN Scanner

Intervenţiile făcute pe glanda prostatică (adenomectomia exceptată) se referă la evidarea prostatei, rezecţia ei endoscopică, prostato-veziculo-deferento-trigonectomie, prostatectomie totală, cu sau fără rezecţia simfizei pubiene. Nu abordăm nici unul din ultimele aspecte, ne preocupăm numai de *adenomectomie şi evidarea prostatică.*

Evidarea prostatei se face în absenţa clivajului peritumoral pe o glandă benignă sau, în cazul malignităţii ei, cînd condiţiile locale nu permit o rezecţie endouretrală. În fond evidarea glandei corespunde cu noţiunea manevrelor de deblocare a colului.

★

Tehnica şi atitudinea tactică în adenomectomia transvezicală este cunoscută ; repetarea lor este inutilă. Ne oprim totuşi asupra complicaţiei hemoragice, care este omniprezentă şi mereu actuală. Cu toate că meşarea pentru sîngerare a scăzut la zero în unele statistici personale, iar la noi de la 30% în 1974 la 20,12% şi respectiv 5% în ultimii ani, hemoragia se observă încă destul de frecvent, ca o consecinţă a căderii escarelor, a infecţiei ce lizează cheagurile, favorizată de spălături ale sondelor astupate, de anticoagulantele greşit dozate precum şi de factorii meteoropatologici. De aceea considerăm utile încercările de a micşora frecvenţa acestor complicaţii (67). Efortul nostru se concretizează în adenomectomie cu fir de nailon în bursă. Această tehnică o detaliem.

Adenomectomia cu fir în bursă permite o hemostază imediată, completă, a lojei, în cele mai multe cazuri. Faptul că hemostaza este şi rapidă face ca metoda să fie preferată în chirurgia adenomului de prostată asociat cu alte boli urinare.

După ablaţia transvezicală a adenomului prin enucleare sau secţionare, hemostaza lojei se face cu bisturiul electric, pediculele mari individuale se ligaturează. Se trece apoi la bursă în două maniere : bursă circulară (propriu-zisă, devenită „clasică") şi fir de nailon în „U".

Bursa circulară. Socotind deschiderea cranială a lojei prostatice un oval, firul de nailon (de pescuit, de grosimea catgutului 1), lung de 50 cm, se trece conform schemei din fig. IV. Primul pas din exteriorul lojei spre interior (ext.-int.) se face cu un ac curb la ora 12 (fig. IV-1), cranial de linia mediană a circumferinţei. Următorul pas, cu Reverdin-ul introdus din afară înăuntrul lojei, firul scoţîndu-se în afară (int.-ext.) la ora 10 (fig. IV-2). Pa-

Scanned with OKEN Scanner

sul trei se face din exterior spre interior, cu acul. Acum se revine la capătul opus al firului după primul pas, aflat în vezică, în afara lojei, la ora 12, și reperat cu o pensă. Pensa reper se trece pe capătul firului scos după terminarea pasului trei. Pasul patru se execută cu acul din afară înăuntru. Urmează pasul cinci și șase făcute cu Reverdin-ul, care scoate ambele capete ale fi-

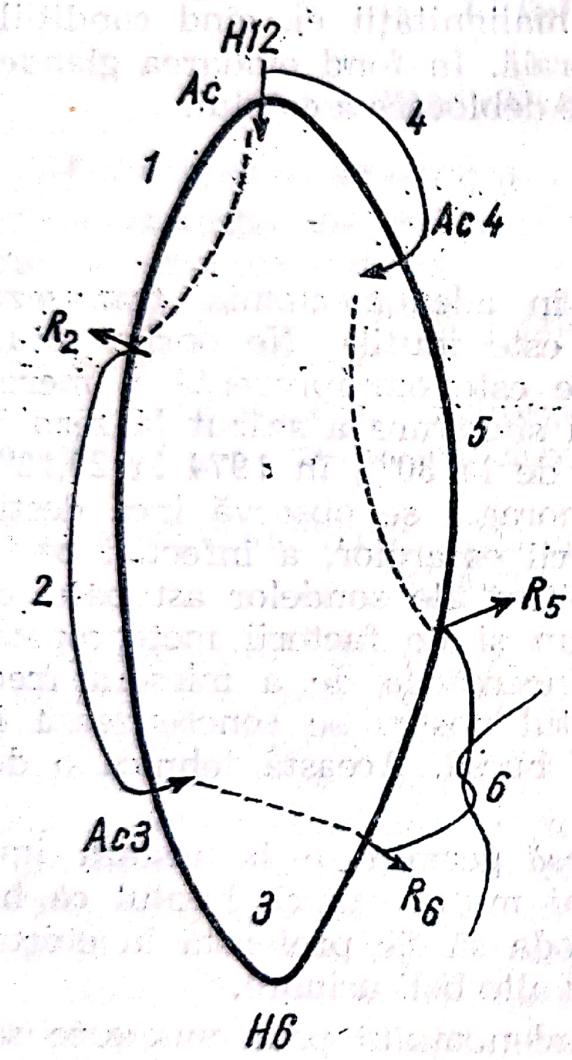

Fig. IV. — Sutură în bursă cu fir nailon.

H.12 = pube.

1. pasul 1 (extern-intern ; ac) ;
2. pasul 2 (intern-extern ; Reverdin) ;
3. pasul 3 (extern-intern ; ac) ;
4. pasul 4 (extern-intern ; ac) ;
5. pasul 5 (intern-extern ; Reverdin) ;
6. pasul 6 (intern-extern ; Reverdin).

rului de nailon din lojă spre exterior, cam între ora 6—5, unde ele se leagă.

Înainte de a strînge și lega firul bursei cu două noduri suprapuse, se relaxează depărtătorul autostatic și sub primul nod al firului de nailon se trece o ață groasă, lungă, ale cărei capete se marchează cu două noduri și care rămîn în afara peretelui vezical și abdominal. Semnalul — două noduri — înseamnă extragerea în al doilea rînd. După strîngerea nodului unu (profund) se trece sub nodul doi (superficial) o altă ață care se marchează cu un singur nod, iar nodul doi al firului de nailon se strînge.

Scanned with OKEN Scanner

Un capăt al lui se secționează la 2 cm de nodul superficial (ultimul făcut), celălalt se exteriorizează. Diureza mărită asigură o urină limpede, după cistorafie pe Pezzer sau tub. Sutura peretelui abdominal fără drenaj prevezical.

Firul de nailon în bursă se extrage după 48 de ore. Întîi se mobilizează bucla de ață marcată cu un nod, prin depărtarea unui fir de celălalt și tracțiune ușoară în sus a ambelor fire. Nodul superficial se desface (cedează) și bucla de ață se extrage. La fel se procedează cu bucla doi (profundă, marcată cu două noduri, situată sub nodul unu — profund — al firului de nailon). După cedarea nodului profund și extragerea buclei doi, prin tracțiune se extrage și firul de nailon.

Greutăți tehnice la extragere. Bucla unu sau/și doi nu cedează, mai corect nodurile firului de nailon nu cedează, iar buclele nu se pot extrage : manevra se amînă și se repetă după 24 de ore. La nevoie se instilează pe uretră ulei gomenolat steril și se trece un Béniqué 35—36. Buclele unu și doi s-au extras, însă firul de nailon nu se extrage ; de asemnea, se amînă manevra și se repetă după 24 de ore sau după instilația gomenolată și Béniqué. Fir de nailon rupt la extragere ; dacă ruperea se produce mult sub nivelul cutanat, astfel că firul de nailon nu poate fi prins în pensă, se face cistostomie minimă și înlăturarea lui. Ruperea buclei : ruperea uneia sau a două bucle (ață deficitară) se remediază după extragerea lor, obținută însă fără desfacerea nodurilor firului de nailon. Desfacerea acestora urmează instilației ureterale cu ulei și trecerii Béniqué-ului gros.

Firul de nailon în „U“. Firul se trece prin pereții laterali ai lojei, perpendicular pe axul ei median, prin două puncte situate unul la 1 cm distal de punctul cranial și altul la 1 cm cranial de punctul distal al fantei de deschidere a lojei. Rezultă un fel de Hryntscheck cu fir neresorbabil și extractibil. Sutura se poate face cu ac curb sau Reverdin ; este simplă și rapidă. Uneori, însă, vasele din comisura de sus pot scăpa, de aceea indicația firului în „U“ nu se suprapune bursei de nailon, tehnica fiind aplicabilă în adenoamele mici sau după rezecția de col.

Buclele de desfacere a nodurilor firului în „U“, precum și înnodarea sa cunosc același montaj ca și în bursa circulară cu fir de nailon, aceeași manieră de scoatere, nesemnalîndu-se nici un fel de accident (ruperea sau nedesfacerea buclelor sau firului) (fig. V).

În rezumat, firul de nailon în bursă, necesitînd șase pași nu totdeauna ușori, asigură o hemostază imediată aproape ideală ;

Scanned with OKEN Scanner

cel în „U“ cere patru înţepături mai simple, *dar uneori hemostaza este precară*. Bursa cu fir de nailon se conturează ca un adjuvant preţios în chirurgia adenomului de prostată şi a chirurgiei asociaţiilor adenomului cu alte boli urinare şi neurinare (tumoare vezicală, diverticul vezical, litiază ureterală joasă, cancer rectal etc.).

În domeniul chirurgiei adenomului şi al altor boli urinare sau chirurgicale operate simultan, rapiditatea şi certitudinea hemostazei lojei restante pledează pentru artificiul tehnic descris.

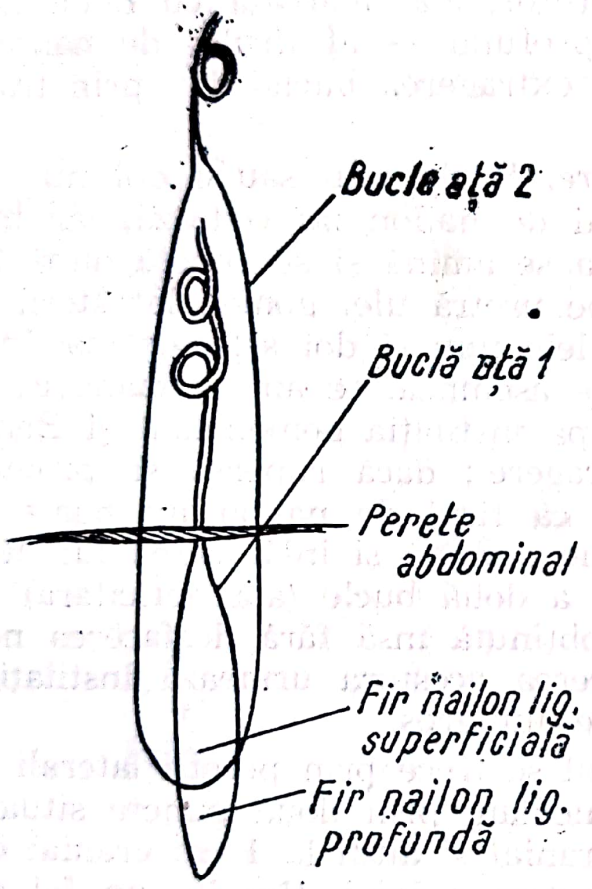

Fig. V. — Sutura lojei posterioare cu fir de nailon în „U“.

Aşa cum am mai spus, acest artificiu tehnic ne încadrează şi pe noi în efortul de a reduce hemoragia în adenomul de prostată operat. Acest efort, prin diferite artificii tehnice, are numeroşi autori predecesori (Mebel, Petlivanîi, Bîkov, Pîteli jr., Văsoi, Neagu, Nicolescu, Găleşanu, Proca, Neagoe, Duvan).

V.2.1.4. CÎTEVA PARTICULARITĂŢI TEHNICE CHIRURGICALE ÎN ASOCIAŢIA TUMOARE VEZICALĂ CU ADENOM DE PROSTATĂ

În tumoarea vezicală asociată cu adenom de prostată sînt autori care recomandă rezecţia endoscopică pentru ambele afecţiuni sau rezecţia endoscopică a tumorii vezicale şi în altă şedinţă sau, imediat în continuare, rezecţia transvezicală a adenomului.

Desigur, această atitudine este valabilă cînd tumoarea vezicală este neimportantă (54). Alţii recomandă în tumoarea vezicală superficială rezolvarea ei transvezicală, odată cu adenomul de prostată sau, după rezolvarea transvezicală a tumorii vezicale, rezecţie endouretrală a adenomului în continuare sau la distanţă. În tumoarea infiltrativă se rezolvă întîi tumoarea şi în continuare, tot transvezical, adenomul. Dacă se decide cistectomie parţială,

prima se face adenomectomia, loja se meşează provizoriu, iar după terminarea cistectomiei parţiale se închide vezica fără meşă (54).

★

Indicaţii tehnice pentru orice intervenţie transvezicală a tumorii vezicale asociate cu adenom de prostată :

— injectare intravenoasă de indigocarmin, reperarea şi cateterizarea ureterelor intraoperator şi/sau postoperator în continuare, pe o durată de 14—21 de zile ;

— electroexcizie şi coagulare întinsă, repetată, ablaţia primară a tumorii, adenomectomie — intervenţie secundară ;

— hemostază cu fir de nailon în bursă, la nevoie cu meşă tampon, sau în orice alt mod.

V.2.1.5. TRATAMENTUL TUMORII VEZICALE AVANSATE CU RINICHI UNIC FUNCŢIONAL

Tratamentul tumorilor vezicale avansate cu un singur rinichi funcţional este redat, în funcţie de rezultatul obţinut, în tabelul III.

Timpul de urmărire : 3 ani. Electroexcizia tumorii vezicale totdeauna transvezicală.

V.2.1.6. TRATAMENTUL ÎN PATOLOGIA ASOCIATĂ A PENISULUI ŞI A ORGANELOR SCROTALE

De-sine-stătătoare, cît şi simultane în patologia scrotală bilaterală, sau însoţind alte operaţii urologice, au fost simple ca execuţie şi evoluţie postoperatorie. La nivelul penisului este vorba de : *cura fimozei*, a *parafimozei, meatotomie uretrală, uretrotomie internă*, iar la nivelul organelor scrotale de : *epididimectomie, orhiectomie, orhiepididimectomie, vasectomie, cura chistului de cordon*, a *varicocelului*, a *hidrocelului* uni- sau bilateral.

În operaţiile scrotale merită discuţie : *incizia, drenajul, orhiectomia în cancer.*

Incizia poate fi unică sau în fiecare hemiscrot, verticală sau transversală. Depinde de starea ţesuturilor :

— tegument suplu : incizie transversală sau venticală ;

— ţesuturi aderente modificate : incizie în zona sănătoasă, înconjurînd pe cea bolnavă.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul III

Tratamentul tumorii vezicale avansate cu rinichi unic funcțional

Nr. crt.	Antecedente patologice legate de T.V.	Sex	Vîrstă	Operație primară	Operație repetată	Rezultate
1.	Neoperat pentru T.V. la internare	B	84	Electrorezecție T.V. Adenomectomie	Nefrectomie	Foarte bun
2.	Neoperat pentru T.V. la internare	F	67	Electrorezecție T.V.	Nefrectomie stg. Goodwin : dr. electrorezecție pe vezică exclusă	Exitus
3.	Operat pentru T. V. înainte de internare	B	72	Electroexcizie T.V.	Nefrectomie, electroexcizie repetată a T.V.	Bun
4.	Neoperat pentru T.V. la internare	B	74	Electroexcizie T.V. Kavasoye	Nefrectomie	Bun
5.	Neoperat pentru T.V. la internare	B	68	Electroexcizie T.V. Nefrectomie	—	Bun
6.	Neoperat pentru T.V. la internare	B	62	Electroexcizie T.V. Kavasoye	Nefrectomie	Foarte bun
7.	Operat pentru T.V. înainte de internare	B	72	Electroexcizie T.V.	Goodwin unilateral Kavasoye de partea opusă	Exitus
8.	Operat pentru T.V. înainte de internare	B	76	Electroexcizie T.V. Kavasoye	Goodwin + cistectomie totală	Bun

Scanned with OKEN Scanner

Problema *drenajului* se rezolvă în funcţie de fondul patologic, starea locală, experienţa chirurgului. Se aplică : sistematic, deloc sau uneori din prudenţă (?).

Castraţia pentru cancer de prostată. Operaţie uşoară, rapidă, legitimă, cu avizul bolnavului ; trebuie executată în afara albugineei, cordonul legîndu-se cranial cu două fire : cel de sus, total, cel distal, transfixiant.

Orhiectomia în cancerul testicular. Amploarea intervenţiei este în funcţie de forma anatomopatologică. Seminom sau corioepiteliom, tratament de alt ordin, nici un fel de chiuretaj ganglionar ; tumoare embrionară malignă — chiuretaj ganglionar. Chiuretaj limfoganglionar întins se face după castraţie unilaterală prin laparotomie xifo-pubiană.

Castraţia unilaterală cere controlul orificiului inghinal profund, apoi după rezultatul histologic poate fi urmată de chiuretaj retroperitoneal, şi anume :

— *în dreapta :* se ridică ţesutul celulolimfatic pericav şi interaortic-cav ; se controlează ganglionii iliaci ; se ligaturează înalt artera şi vena spermatică ; limita stîngă a acestei disecţii o formează artera spermatică şi ureterul stîng ;

— *în stînga :* tot după decolarea colonului se videază faţa anterioară a aortei subrenale şi spaţiul interaortic-cav ; se ligaturează mezenterica inferioară ; limita dreaptă a disecţiei : artera spermatică şi ureterul drept.

V.2.1.7. TRATAMENTUL ASOCIAŢIEI TUBERCULOZĂ CU ADENOM DE PROSTATĂ

După Niculescu (82), în suspiciunea existenţei tuberculozei la un purtător de adenom de prostată este utilă începerea tratamentului antituberculos, preoperator. Suspiciunea devenită fapt, tratamentul este folositor ; în caz contrar nu este nociv. Într-un anumit fel, proba seamănă cu estrogenoterapia în suspiciunea de adenocarcinom : terapia nu este nocivă niciodată, dar poate fi folositoare uneori, chiar numai dacă face actul chirurgical mai uşor.

Tratamentul preoperator antituberculos îşi are indicaţia şi la un tuberculos urinar purtător de adenom (fie că este făcut în continuare, reluat după întrerupere sau chiar aplicat prima dată la un neglijent sau neglijat).

Adenomectomia sub protecţia tuberculostaticelor nu se deosebeşte cu nimic de cea obişnuită.

Scanned with OKEN Scanner

V.3. TRATAMENTUL BOLILOR URO-CHIRURGICALE ASOCIATE

V.3.1. TRATAMENTUL BOLILOR DISECTAZIANTE ŞI AL HERNIEI

Ne preocupăm în special de situaţia în care ambele boli sînt de gravitate medie, hernia fiind de obicei de tip inghinal, uni- sau bilaterală.

Rămîne valabil principiul cunoscut : înlăturarea factorului disectaziant într-o etapă şi cura uni- sau bilaterală a herniei în altă şedinţă operatorie, dar în prezent cîştigă teren tactica de a opera concomitent ambele leziuni, cea urinară şi cea chirurgicală, indiferent sub ce anestezie (căci intervenţia se prelungeşte cu puţin : 30—40 de minute pentru cura bilaterală a herniei) ; indiferent de incizie : *una* — mediană sau transversală ; *două* — mediană (pentru boala urinară) şi alta (sau altele) pentru herniotomie.

Rezultatele se dovedesc bune pentru ambele afecţiuni tratate. La clinica „Panduri“ tactica a fost aplicată în situaţia precizată de Perşu, la un grup de 11 bolnavi, cu rezultate mai mult decît mulţumitoare. Un ultim aspect : „Hernia constituie o urgenţă ce domină simptomatologia ? O rezolvă urologul, trimite bolnavul la chirurg, operează hernia într-un timp şi face operaţia urinară în altă etapă?“ — sînt întrebări care au căpătat astăzi răspunsul.

Hernia complicată la venirea în serviciul de urologie sau în timpul spitalizării poate fi rezolvată de urolog şi atunci afecţiunea urinară necesită o altă etapă operatorie. Este vorba de hernia strangulată sau încarcerată.

Din principiu, herniile monstruoase şi cele cu dreptul la domiciliul pierdut nu se abordează de urolog (54).

Felul inciziei şi al curei operatorii a herniei îl alege fiecare chirurg în concordanţă cu experinţa sa. Există partizani a două incizii separate (Firstater) sau pentru una singură, care poate fi transversală (54) sau verticală, subombilicală mediană, cu acces retroperitoneal.

Noi, ca şi alţi autori (54 şi alţii), credem că orice abord şi orice fel de cură herniară sînt bune dacă sînt bine stăpînite.

V.3.2. TRATAMENTUL LITIAZEI RENALE DREPTE ŞI AL BOLILOR CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE

Unii autori realizează concomitent colecistectomia şi pielolitotomia prin două incizii separate (Topcibaşev, Vinogradov), dar cei mai mulţi recurg la una singură (Gladkov). Skorobogatova preconizează pe cea lombară prelungită anterior.

Scanned with OKEN Scanner

Unii, după incizia anterioară unică, instituie un dren lombar suplimentar, alții, în același acces, nu folosesc acest dren. În situația în care abordul anterior devine insuficient, o incizie lombară se poate face în altă ședință operatorie sau concomitent cu colecistectomia.

Fistula renală este raportată ca accident după abordul pielo-vezicular anterior și a fost rezolvată prin nefrectomie secundară (54).

V.3.3. TRATAMENTUL CANCERULUI RECTAL ÎNSOȚIT DE ADENOM DE PROSTATĂ

Acest tratament constă în : amputație rectală (vezi tratamentele de specialitate simultan cu adenomectomie. Adenomectomia precede operația rectală și poate fi făcută și endoscopic ; de obicei se preferă calea hipogastrică. Unii o fac după Millin, cei mai mulți enuclează transvezical, meșind loja prostatică provizoriu, pînă la terminarea amputației rectale, și apoi se închide vezica pe sonda uretrală.

V.3.4. TRATAMENTUL FISTULELOR URO-RECTALE

În funcție de felul și etiologia fistulei tratamentul variază de la cel medico-urologic la cel chirurgical.

Referindu-ne la cura operatorie sfinctero-transrectală (sau transanorectală) după Kilpatrik trebuie precizat că ea se aplică numai fistulelor mari de origine traumatică, canceroasă sau mixtă.

Așa cum rezultă din materialul clinic prezentat, originea traumatică și cea canceroasă au impus intervențiile noastre. Fistulele congenitale sau tuberculoase nu beneficiază de această cură, ca și cele mici iatrogene nerezolvate intraoperator în cadrul operației urologice obișnuite sau apărute după intervenții endoscopice (14). Fistulele mici iatrogene beneficiază de sondă uretrală lăsată pe loc 4—6 săptămîni și de tratament medical (constipante, dezinfectante colice, alimentație săracă în reziduuri etc.).

Subliniem indicațiile cunoscute ale curei Kilpatrik : sfincter anal tonic, anus iliac și cistostomie. În principiu, cura realizează o separare recto-prostatică (respectiv recto-uretrală și/sau vezicală).

Pentru cura fistulei se mai preconizează și alte metode :

— coborîrea sigmoidului de deasupra anusului iliac (ultimul este adus perineal) ;

— coborîrea unghiului splenic și al transversului—transanal (25);

— aplicarea de petic realizat din peretele sigmoidului ;

— cura transcoccigiano-rectală (54).

Blandy în aproape 2 000 de operații urologice endoscopice nu semnalează fistule rectale, preconizînd în cele mici sondă uretrală, iar în cele mari metoda Parks.

Noi am folosit uretroplastie perineală cu telescopajul uretrei și rectorafie în 2 cazuri : o dată coborîrea hemicilindrului ano-rectal anterior, intraoperator, *à la Picot*, și de 3 ori cura Kilpatrik. Ultima metodă a dat, în mîinile autorului, rezultate bune în 52 de cazuri. Abordul preconizat este avantajos și întrunește următoarele condiții :

— vizibilitate bună ;

— necesită un timp mai scurt de acces comod la leziune și o durată mai mică de refacere a planurilor ;

— perioadă de convalescență mai scurtă și o certitudine mai mare de vindecare.

De aceea reproducem rezumativ tehnica :

— bolnavul este așezat în poziția ventrală în „V“ inversat, cu fesele trase în afară prin benzi adezive ;

— incizie pe marginea stîngă a coccisului, începînd de la linia ano-cutanată, în sus ;

— se pătrunde în lumenul intestinului după secționarea sfincterului ;

— abordul fistulei transrectal și închidere conform principiilor enunțate ;

— grijă la închiderea peretelui ano-rectal și la reconstrucția sfincterului ;

— sutura straturilor supraiacente ;

— tub de dren în stînga inciziei.

Standardizarea terapeutică ar cuprinde :

— efectuarea unei colostomii temporare care să protejeze peretele rectal de trecerea materiilor fecale, cu mențiunea că un anus iliac singur nu permite închiderea fistulei ;

— cistostomie suprapubiană care precede sau însoțește anusul iliac ;

— cura propriu-zisă a fistulei ;

— închiderea anusului temporar, subliniind necesitatea unei acurateți deosebite.

Scanned with OKEN Scanner

În suspiciunile de neoplasm al prostatei, diagnostic neconfirmat nici după biopsie, credem că este util să se facă adenomectomia sub protecţia estrogenoterapiei ; local se lucrează mai uşor — eventual se previne leziunea rectală —, iar prejudiciul adus bolnavului în neconfirmarea histologică postoperatorie este minim ; în caz de transformare a suspiciunii în certitudine, terapia este mai mult decît binevenită. Atitudinea trebuie privită ca o încercare profilactică a complicaţiei.

V.3.5. TRATAMENTUL ÎN PATOLOGIA URO-GINECOLOGICĂ

Operaţiile uro-ginecologice multiple şi simultane, datorite situaţiilor precizate (şi în cap. III), au inclus :

— ridicarea firului ofensator al ureterului cu rinichiul supraiacent mut, U.N.C. şi ridicarea firelor de cistopexie într-un caz de ligatură a conductului şi retenţiei de urină, după histerectomie totală pentru fibrom şi cistopexie pentru incontinenţă urinară ;

— U.N.C. după fistulă ureterală în urma histerectomiei subtotale pentru fibrom ; ureteroliza pentru stenoză parţială a gurii de anastomoză şi, în sfîrşit, entero-uretero-cistoplastie ;

— excizia polipului uretral prolabat prin meat şi perineorafie pentru ruptură de perineu cu incontinenţă urinară ;

— histeropexia corporeală şi perineorafia pentru prolaps genital total cu incontinenţă urinară ;

— perineorafia anterioară şi posterioară pentru ruptură de perineu şi incontinenţă urinară ;

— perineorafia posterioară + cistopexie după Burch în incontinenţă urinară şi ruptură de perineu (54) ;

— histerectomia subtotală cu anexectomie unilaterală pentru fibrom uterin şi şi ureterohidronefroză hemolaterală anexitei ;

— anexectomia şi liza ureterului pentru piosalpinx cu compresiune pe ureterul pielonului inferior ;

— histerectomia subtotală cu suspensia vezicii şi perineorafie pentru fibrom uterin, rutpură de perineu, incontinenţă urinară (Sahler) ;

— anexectomia cu ureterotomie exploratoare pentru anexită, suspiciune de calcul ureteral dovedit, stenoză ;

— ovariectomia cu ureteroliză pentru chist de ovar şi ureterohidronefroză homolaterală.

Scanned with OKEN Scanner

Tehnica și indicațiile operatorii ale majorității operațiilor enunțate (ridicarea firului ofensator, U.N.C., ureteroliza, uretero-entero-cistoplastia, perineorafia, histeropexia corporeală, cistopexia Burch, ureterotomia exploratoare, excizia de polip al meatului uretral) sînt descrise în tratatele de specialitate.

Considerăm că indicațiile și rezultatele postoperatorii au fost corecte și respectiv mulțumitoare, dar socotim util să redăm mai amănunțit o serie de aspecte tehnice.

Ridicarea firului ofensator al ureterului sau al vezicii necesită : disecție atentă, aprecierea corectă a leziunii existente (fistulă, stenoză, strangulare), înlăturarea blîndă, fără extragere oarbă și brutală, reevaluarea leziunilor după extragerea firului ; la nevoie U.N.C., cu sau fără fixarea hemivezicii respective la psoas, sau plastie ureterală.

Un rapel folositor ar fi că U.N.C. în țesut sănătos, mai ales efectuat precoce, nu durează mult în timp, devine o operație relativ simplă și de cele mai multe ori utilă.

Ureteroliza necesită disecție atentă și eficientă, cu ridicarea tuturor elementelor obstructive periureterale. În acest sens devin instructive două observații clinice din patologia ureterelor duble. Prima, oglindită în literatura franceză, care subliniază greutățile unui diagnostic corect în asociația litiază + boli congenitale ; și cea de-a doua, luată din literatura autohtonă, care se referă, de asemenea, la o greșeală de diagnostic-capcană. Le rezumăm în scop instructiv.

Colică renală rebelă, după calmare, arată o lipsă de calculi radioopaci și urograme normale. Ulterior, o nouă urografie precizează un calcul radiotransparent în ureterul dublu al pielonului superior al unei duplicități reno-ureterale. Eroarea de diagnostic se explică prin faptul că la prima urografie hemirinichiul supraiacent ureterului cu calcul invizibil a fost mut. În observația a doua, diagnosticul preoperator de tumoare vezicală cu ureterohidronefroză a pielonului inferior s-a dovedit un piosalpinx pe cale de perforare în vezică, a cărui extirpare a permis revenirea la normal a situației.

V.3.6. TRATAMENTUL ÎN ABDOMENUL ACUT (A.A.) UROLOGIC

În această asociație-complicație, intervenția primară sau repetată precoce se dovedește mai puțin periculoasă și mai puțin riscantă, chiar atunci cînd nu confirmă diagnosticul, lucru pe care-l poate realiza operația tardivă care însă, precizînd diagnosticul, nu

mai poate rezolva problema. Expectativa armată își păstrează, desigur, ponderea de netăgăduit.

Cîteva observații clinice redate au fost grăitoare asupra utilității intervenției precoce de explorare, adesea curative.

Se poate spune : laparotomia precoce nu poate fi niciodată atît de nocivă cum se dovedește intervenția tardivă. La ora actuală toate argumentele sînt pentru explorarea precoce în orice fel de abdomen acut urologic.

În situațiile în care el este datorit hazardului (mai corect necunoașterii sau nerecunoașterii acutizării celei de-a doua boli chirurgicale pe care o prezintă bolnavul urinar), se preconizează intervențiile în funcție de circumstanță. Astfel, am fost nevoiți să intervenim în colecistită acută perforată și neperforată, în ulcerul gastroduodenal perforat sau sîngerînd, în peritonita apendiculară la urinari.

Abdomenul acut, după operațiile endoscopice sau/și manevrele instrumentale urologice, situație cunoscută, necesită cîteva precizări.

El poate fi consecința directă (perforație de vezică sau de vezică și intestin etc.) a rezolvărilor endoscopice făcute pentru diferite boli (Blandy). Perforațiile posibile de rect fără abdomen acut au fost discutate în subcapitolul „Fistule uro-rectale".

Abdomenul acut poate fi consecința instrumentării, mai frecvent a aparatului urinar distal, mai rar a celui cranial, chiar dacă aparatul urinar era la data manevrei indemn sau patologic. Și aici atitudinea intervenționistă precoce și-a dovedit pe deplin utilitatea.

V.4. TRATAMENTUL ASOCIAȚIILOR URO-NECHIRURGICALE

V.4.1. TRATAMENTUL ADENOMULUI DE PROSTATĂ ASOCIAT CU LEUCEMIE

Este vorba numai de leucemie limfatică cronică. Se poate spune de corticoterapie și Chlorambucil (74) că supratratamentul este mai periculos decît tratamentul sub doza limită. Corticoterapia începe cu 100 mg/zi, în 4 doze, menținîndu-se la 15 mg pe zi.

Este incorectă aplicarea sistematică a antibioterapiei. Aceasta trebuie să fie selectivă, numai pe bază de antibiogramă.

Moartea în leucemia limfatică cronică se datorește rar acestei boli. De obicei intervine o boală intercurentă, de unde și gravitatea infecției urinare și/sau adenomului de prostată supraadăugate.

Scanned with OKEN Scanner

V.4.2. TRATAMENTUL HEMOFILIEI ASOCIATE CU BOALA VEZICALĂ (în observația clinică redată, corp străin vezical)

Hemofilia a fost de tip A, adică prin deficit de factor VIII din sistemul normal de coagulare. La noi în țară sînt luați în evidență circa 2 000 de astfel de bolnavi (23). În S.U.A. cifra se ridică la 25 000. S-a făcut tratament cu crioprecipitat congelat al factorului VIII (superior celui liofilizant). Intervenția banală a decurs fără hemoragie. Sîngerările secundare postoperatorii se pot imputa factorului antihemofilic VIII (23).

V.4.3. TRATAMENTUL ADENOMULUI DE PROSTATĂ CU HIPERAZOTEMIE GRAVĂ (ireductibilă prin sondă uretrală permanentă sau cistostomie)

În 1966 ne exprimam speranța că epurația extrarenală va crea imediat după dializă condiții operatorii mai bune. Epurația hiperazotemicului grav s-a dovedit utilă în operațiile pentru litiază urinară obstructivă. Dezobstrucția după dializă a îmbunătățit rezultatele (28), dar în cazul adenomului de prostată cu hiperazotemie ireductibilă perturbările mari în fibrinoliză și hemostază (9) au obligat să se renunțe la epurația extrarenală preoperatorie ca gest rutinier. Astăzi hiperazotemia purtătorului de adenom de prostată, în condițiile precizate, trebuie combătută cu tot arsenalul cunoscut, epurația fiind exceptată.

V.5. TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN FUNCȚIE DE TIPUL DE OPERAȚIE ȘI ORGAN

Tratamentul chirurgical, intervenție unică sau multiplă, simultană sau eșalonată, în funcție de tipul de operație și organ, se referă la :

V.5.1. RINICHI

V.5.1.1. NEFRECTOMIA

Particularitățile ei, în funcție de boala de bază (cunoscută) sau de cea asociată, uneori le detaliem ; ca regulă, însă, ne mărginim la date minime, recomandînd pentru aprofundare sursele bibliografice citate.

În clinică, ca regulă, nefrectomia se face prin lombotomie prelungită între coastele XI—XII, acces mai mult decît mulțumitor, cu

ligatura pediculului după aplicarea pensei și exteriorizarea rinichiului.

În *tuberculoză*, indiferent de abord, ca principiu exereza renală trebuie să fie extracapsulară, să ridice tot peririnichiul și întreaga zonă patologică a ureterului sau întregul conduct, devenind nefroureterectomie totală (ureterul distal se extirpă transperitoneal printr-o incizie pubo-ombilicală).

În *cancerul renal* nefrectomia se supune regulilor oncologice, excepție făcînd nefrectomia executată pentru cancer de debut, ca în asociația cancer renal cu nefrolitiază, cînd diagnosticul corect și complet se face abia postoperator, histologic. Situația se rezolvă în acest caz printr-o nefrectomie nelărgită. În rest, în caz de cancer se execută operația lărgită, în vas închis, adică exereza largă a lojei, chiuretaj limfo-ganglionar precav și preaortic, explorarea extensiunii venoase (la nevoie ablația trombusului) (25 ; 69 ; 91 ; 96 ; 97).

În *pionefroză* nefrectomia este uneori grea, indiferent de etiologia pionefrozei (rinichi neexteriorizabil, cu volum crescut, ireductibil la puncție, pedicul scurt, infiltrat etc.). Dacă nefrectomia este secundară unei alte intervenții este bine, de la început, să fie făcută „lărgită". Devine mai ușoară și mai sigură decît nefrectomia subcapsulară.

Pionefroza calculoasă asociată unui calcul ureteral, mai ales înalt, impune și ureterolitotomia în scopul prevenirii patologiei bontului ureteral restant.

În *rinichi în potcoavă*, de fapt heminefrectomia se execută printr-o incizie anterioară sau lombotomie prelungită în jos și median. Ușurința execuției depinde de grosimea istmului (subțire, sclerozat), de multitudinea pediculilor vasculari (neînsemnați ca mărime și număr) și de topografia ureterului controlateral (depărtat de linia mediană).

În *ectopia renală* pelvină : incizie mediană subombilicală. Necesită decolarea colonului stîng și al mezoului său, de partea stîngă, și al cecului, pe dreapta, precum și ligatura progresivă a pediculilor.

V.5.1.2. NEFROURETERECTOMIA

Nefroureterectomia totală în neoplazia căilor urinare se face prin două incizii separate, dar abordul ureterului distal, prin incizie inferioară, este de obicei extraperitoneal și nu transperitoneal,

Scanned with OKEN Scanner

ca în tuberculoză. Cînd neoplazia este cu predominanţă pe ureterul terminal, prima incizie se execută distal, iar cînd tumoarea este bazinetală sau în ureterul cranial, lombotomia se face prima (Shuttlerworth, 86).

V.5.2. VEZICA URINARĂ

În *patologia rezervorului vezical* enunţăm intervenţiile chirurgicale care s-au impus : electrorezecţia şi coagularea tumorii vezicale izolate sau asociate ; aceeaşi operaţie, facultativ însoţită de formolizare şi/sau crioterapie locală ; cistectomie parţială (cu incizia calotei peritoneale cu bisturiul electric sau însoţită de ureteroneocistostomie) ; cistectomie totală ; ligatura ureterului rinichiului afuncţional în tumoare vezicală avansată cu rinichi unic funcţional ; adenomectomia şi alte intervenţii chirurgicale impuse de bolile vezicale asociate (diverticul, calcul) sau chirurgicale (hernie, neoplasm de rect etc.) ; cistostomia de necesitate în adenomul de prostată asociat altor boli neurinare ; derivaţia urinară.

V.5.2.1. ABLAŢIA TRANSVEZICALĂ A TUMORII IZOLATE SAU ASOCIATE

Poate fi realizată pe cale endovezicală, exovezicală sau mixtă; incizia poate fi verticală sau transversală, prima fiind utilizată mai frecvent. Ca timpi operatori : după deschiderea vezicii se amplasează depărtătorul, se explorează leziunea, se identifică colul şi orificiile ureterale (şi prin injectarea de indigocarmin) ; la nevoie se cateterizează ureterele, lăsîndu-se sondele şi postoperator. În funcţie de leziune se impun tehnicile : tumoarea pediculată unică — electroexcizia şi coagularea bazei ; tumorile multiple — tot superficiale — cer repetarea aceleiaşi tehnici de cîte ori este nevoie. Tumoarea perimetrică necesită cateterizarea conductului, apoi electroexcizie şi coagulare. Dacă maschează orificiul — şi mai ales dacă reperarea lui este imposibilă — se practică rezecţia porţiunii intramurale a ureterului terminal şi reimplantarea în vezică după excizia şi coagularea peretelui perimeatic şi a tumorii.

Tumoarea sesilă, care invadează musculatura, necesită excizia la 20 mm de marginea ei sau/şi *cistectomie parţială.*

Extraperitonizarea vezicii prin eliberarea feţelor sale posterioare, după secţionarea ouracăi şi deferentelor, ne ajută la identificarea ureterelor, explorarea teritoriului limfatic pelvin, recunoaşterea şi aprecierea stării vaselor mari.

În exciziile largi restaurarea capacităţii vezicale implică rotaţia şi translaţia pereţilor restanţi. Este bine ca *orice intervenţie*

Scanned with OKEN Scanner

pentru tumoarea vezicală să deblocheze colul, iar în necesitatea reimplantării ureterului în vezică, să se aplice mecanismul antireflux, în tunel submucos.

Experienţa noastră nu cuprinde abordul vaginal sau endouretral ; crioterapia şi/sau formolizarea s-au aplicat sporadic. Totdeauna însă am respectat marja oncologică în asociaţia tumorii vezicale cu adenom de prostată. După terminarea adenomectomiei făcute secundar şi simultan operaţiei pentru tumoare vezicală, ne întoarcem la zona coagulată, repetînd coagularea în edemul produs între timp. De cîte ori s-a putut, zona de excizie a fost acoperită prin sutură muco-mucoasă.

V.5.2.2. CISTECTOMIA TOTALĂ

Indicaţia ei trebuie bine cîntărită. Astăzi însă mortalitatea postoperatorie, din diferite motive, ajunge la procente mari. Sînt necesari rinichi buni, o formă tumorală fără metastaze, adenopatii sau puseuri evolutive, iar postoperator, asocierea tuturor mijloacelor terapeutice.

În tumoarea vezicală *la bărbat,* cistectomia totală ridică în bloc : vezica, prostata sau baza ei, veziculele seminale, canalele deferente intrapelvine, ureterele predeferenţiale, ţesutul celulo-grăsos latero-vezical (iliac extern, obturator, hipogastric).

La femeie, adesea se transformă în pelviectomie totală.

V.5.2.3. LIGATURA DE URETER

Scurtează durata operaţiei pentru excluderea rezervorului vezical cînd rinichiul supraiacent este afuncţional (clinic, urografic, scintigrafic), iar conductul, normal sau patologic. În loc de implantarea a două uretere se face numai cea a conductului cu rinichiul supraiacent normal.

Ureterul rinichiului afuncţional se ligaturează extraperitoneal, „Ligatura" pe care o facem noi şi alţii este de fapt o secţionare a ureterului juxtavezical între 3 legături : două craniale şi una distală. Înnodarea conductului după Kawasoye nu a fost aplicată, dar principiul intervenţiei şi indicaţiile ei aparţin autorului.

V.5.2.4. DIVERTICULECTOMIA ŞI RIDICAREA OBSTACOLULUI CERVICO-PROSTATIC

Diverticulul poate fi abordat extravezical, endovezical şi mixt. Prima cale cere incizie hipogastrică, extraperitonizarea vezicii şi excizia diverticulului după descoperirea ureterului la nivelul

Scanned with OKEN Scanner

vaselor mari. Calea mixtă, cea mai des folosită, permite atît extirparea diverticulului, cît şi ridicarea obstacolului cervico-prostatic, avînd şi avantajul că uşurează mult rezecţia diverticulului prin manevrele executate, concomitent, în interiorul şi exteriorul rezervorului.

Cistostomia de necesitate, în adenomul de prostată asociat şi complicat prin alte boli neurinare, rămîne o intervenţie simplă, necesară, din păcate încă şi azi, în anumite situaţii precizate.

V.5.3. URETER

V.5.3.1. DERIVAŢIA URETERULUI

Excluderea vezicii la vîrstnici, fragili şi taraţi este bine suportată, alină durerile, redă somnul şi uneori permite distrugerea tumorii vezicale din rezervorul restant, prin agenţi fizici. Nici un rezultat bun al derivaţiei nu este definitiv şi de aceea se impune controlul periodic. Este încurajator faptul că nici un rezultat rău, imediat după derivaţie (ne referim în special la cea uretero-colică), nu este incorigibil (Couvelaire, 8 ; Proca, 36). Urografia postoperatorie poate depista imediat deficienţele care, o perioadă de timp relativ lungă, sînt *curabile*. În timp util o altă intervenţie poate corecta complicaţia gurii de anastomoză (edem, stenoză, suintare).

Psihologic derivaţia colică este mai uşor suportată de femei.

Derivaţia cere îndeplinirea următoarelor condiţii : a) *preoperator :* uretere subţiri, tonice, rinichi buni, tonicitatea sfincterului anal normală ; b) *postoperator :* control periodic al rezervei alcaline şi urografie.

Derivaţia ureterelor în colon cu tranzit. O aplicăm cel mai des. Cere orificiu punctiform pentru fiecare conduct separat, implantare înaltă (în afara zonei iradiate a pelvisului), extraperitonizarea anastomozei şi drenaj prelungit. Se preconizează diverse procedee antireflux (tunelizare submucoasă, manşetă ureterală rabatată, preconizată de autorii sovietici etc.). Se pare că tehnica *Goodwin* dă rezultatele cele mai bune, indiferent dacă este însoţită sau nu de montaj antireflux, dar categoric prin protezare rezultatele devin mai bune. Tehnic — lucru cunoscut — este vorba de o colotomie longitudinală, de 4—5 cm, făcută pe bandeletă ; prin ea o pensă fină perforează peretele colic posterior, dinăuntru în afară, şi trage în lumen — printr-un orificiu creat — firul cu ureterul pregătit în prealabil, secţionat şi protezat cu tub. Sutura uretero-colică se face cu catgut cromat 000, cea a colonului, cu fire separate neresorbabile, în unul sau două straturi.

Scanned with OKEN Scanner

V.6. TRATAMENTUL ÎN FUNCȚIE DE BOALĂ

V.6.1. INFECȚIA URINARĂ

Izolată sau, de cele mai multe ori, însoțind o altă boală urinară, infecția urinară necesită un tratament variat și încă discutabil, conturat după datele moderne ale literaturii citate în prezentul capitol.

Medicația (antipiretică, analgezică, antispastică, simptomatică) își menține locul clasic cunoscut în tratamentul candidatului la intervenția chirurgicală infectat urinar. Se impune stimularea apărării naturale.

Medicația antimicrobiană este variată după împrejurări și cere detalii. Preceptul cunoscut : „Antibioterapia precedă, însoțește și urmează actul operator" devine anacron și mai ales *greșit teoretic*, de cele mai multe ori.

Față de actul operator, infecția poate surveni pre-, intra- și postoperator.

Infecția preoperatorie se împarte în : de-sine-stătătoare sau după instrumentare (iatrogenă). Cea intraoperatorie devine consecința *imediată* a actului chirurgical ; element în evoluția postoperatorie *îndepărtată* sau/și, în sfîrșit, într-o fază tardivă.

Infecția preoperatorie, spontană și provocată, poate corespunde următorului prognostic terapeutic : se vindecă ușor și cu succes ; tratamentul ei pune probleme sau chiar interesează prognosticul vital.

Eradicarea infecției *ar fi* tratamentul ei *ideal*, fapt care necesită adesea și corecția chirurgicală morfofuncțională a aparatului urinar bolnav.

Fără a adînci alte date cunoscute legate de infecția urinară (agenți etiologici, produse antimicrobiene divizate în agenți terapeutici : *orali*, fără o acțiune sigură asupra serului, și agenți *orali* și *parenterali*, înzestrați cu această acțiune, ca : penicilina G, ampicilina, tetraciclina etc.), trecem la analiza posibilităților tratamentului antimicrobian.

Obișnuit, cei infectați preoperator, cît și bolnavii neinfectați nu fac exacerbări sau infecții intra- și postoperatorii.

Tratamentul preventiv al infecției urinare postoperatorii posibile devine iluzoriu, fapt sugestiv, arătat de Blandy : „Încercarea

Scanned with OKEN Scanner

de a steriliza tractul urinar preoperator cu antibiotice aduce cu tentativa de asanare a unui focar dentar, înainte de extracţie, la un bolnav cu valvulopatie cardiacă".

Tratamentul infecţiei la cei infectaţi înaintea actului operator trataţi antimicrobian, de cele mai multe ori, nu este încununat de succes. Datele lui Mc Guire sînt grăitoare : 70% din cei cu adenom de prostată în retenţie, sondaţi, se menţin infectaţi, cu tot tratamentul antimicrobian făcut de la sondaj pînă la data operaţiei amînate intenţionat, cu 2—9 zile.

Infecţia urinară postoperatorie trebuie însă *tratată intens* cînd prezintă *semne clinice* sau hemocultura *devine pozitivă.* Tratamentul se conformează antibiogramei recente. Infecţia scutită de semnele de mai sus nu necesită tratament, cel puţin pînă la manevrele ce se fac cu sonde şi drenuri.

Între infecţiile urinare postoperatorii se remarcă puseurile ce pot urma deseori ocluzionarea sau scoaterea sondelor. De cele mai multe ori aceste manevre nu au urmări, iar eventualul puseu infecţios se datoreşte trecerii urinei infectate prin zona operaţiei (col, lojă prostatică etc.) ; bolnavul depăşeşte situaţia prin propria lui putere.

Acelaşi fenomen, mai rar şi mai puţin intens, se observă la ocluzionarea, mobilizarea sau suprimarea tubilor de dren (şi/sau de nefrostomie), precum şi la adenomectomizaţii cu hemostază cu fir de nailon în bursă.

Manevrele amintite constituie un moment favorabil pentru o terapie antimicrobiană de scurtă durată, tot pe baza unei antibiograme recente.

Persistenţa infecţiei în perioadele postoperatorii tardive este de regulă generată de cauze locale (calcul secundar, pasaj urinar neadecvat etc.), care se cer a fi înlăturate.

Infecţia urinară şi insuficienţa renală se agravează reciproc. Concentraţia de produs antimicrobian necesară în urină scade şi este greu de menţinut la nivelul cuvenit în insuficienţe renale de diferite intensităţi.

Un tratament cu doze mici, care tinde să obţină *concentraţii subminimale inhibitorii* în urină, pare de *perspectivă*, fiind eficient şi lipsit de nefrotoxicitate în condiţiile unei diureze *mari,* controlate şi constante (70).

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul profilactic preoperator al infecției urinare postoperatorii posibile nu este util nici la bolnavii infectați, nici la cei indemni.

Nici postoperator tratamentul profilactic nu-și găsește indicația cît timp se mențin sondele și drenurile, iar bolnavul nu are semne clinice de infecție. Dacă apar aceste elemente se impune un tratament *curativ intens*, conform antibiogramei celei mai recente, cu scopul de a înlătura semnele infecției, a preveni septicemia și insuficiența urinară.

Tratamentul profilactic cu 24—48 de ore înainte de operație este considerat util de unii autori în bolile obstructive și, odată instituit, el trebuie menținut și postoperator.

După scoaterea sondelor și/sau suspendarea drenurilor, tratamentul antimicrobian se instituie tot pe baza unei antibiograme recente, *numai* dacă aceste manevre sînt însoțite de semne clinice ale infecției. Un tratament de scurtă durată este suficient pentru a trece bolnavul prin acest stadiu de complicație a evoluției postoperatorii.

Tratamentul infecției urinare specifice — tuberculoase. Conform schemei recomandate de Ministerul Sănătății și lărgită de Consfătuirea de urologie pe țară, în anul 1978, tratamentul se practică la urinarii suspecți de tuberculoză timp de 2 luni. Ei sînt luați în evidență de dispensarele tbc. teritoriale și, fără să fie scoși din evidență, se reexaminează periodic.

Localizarea tuberculozei concomitent pe mai multe segmente ale aparatului implică un tratament de 18—24 de luni. Asocierea leziunilor bacilare renale cu cele ale colului vezical, uretrei și organelor genitale presupune o terapeutică medicamentoasă care precede intervenția plastică, cerînd o supraveghere atentă.

Leziunea izolată a epididimului implică tratament medicamentos de 4—6 luni, fără asocierea corticoterapiei în perioada tratamentului chirurgical.

Diversele polimorfisme lezionale bacilare sau asociații de tuberculoză urinară cu alte boli urinare au necesitat : 18 nefroureterectomii totale, în suferința reno-ureterală homolaterală ; 16 nefrectomii în suferința reno-ureterală cranială ; 2 U.N.C. pentru stenoză de ureter terminal ; 1 cistoenteroplastie pentru leziune vezico-ureterală ; 1 rezecție de ureter terminal pe rinichi unic ; 5 operații Bricker ;

Scanned with OKEN Scanner

3 ureterolitotomii ; 2 excizii de pseudotumori vezicale (dovedite tuberculoză) ; 6 epididimectomii bilaterale.

Tuberculoza, prin însăşi felul bolii, implică adesea mai multe operaţii simultane.

V.6.2. TRATAMENTUL LITIAZEI URINARE

A inclus în experienţa prezentată următoarele tipuri de operaţii :

— nefroureterolitotomie ;

— nefrotomie (scurtă : liniară sau radicală ; dinăuntru în afară sau invers ; cu hemostază după terminarea extragerii calculilor sau preventiv ; topografică, putînd fi : polar superioară, polar inferioară, mezorenală) ;

— nefropexie (clasică sau cu histacril) plus pielolitotomie ;

— pielolitotomie *(ideală,* cu rinichiul *in situ :* după identificarea ureterului, fără lezarea vaselor, incizie mică sau transversală înaltă, care nu dă deşirarea peretelui bazinetal, la nevoie după disecţie intrasinuzală ; *iterativă,* prin abord nou, reperarea bazinetului făcîndu-se după decapsularea polului inferior) ; ori de cîte ori este nevoie se corectează defectele joncţiunii pielo-ureterale, respectînd integritatea căii excretorii sau deschizînd-o pentru operaţia plastică ;

— pielonefrolitotomie ;

— ureterolitotomie (iliacă, lombară, pelvină ; ultima, uneori, deosebit de grea ; transvezicală) urmată de ureterorafie cu material extrafin cu nod extern ;

— bi- sau multiureterolitotomie (ca regulă, pentru ureterolitotomie : este recomandabil a nu palpa calculul, cel puţin pînă la punerea lasourilor cranial şi caudal faţă de el) ;

— ureterostomie *in situ ;*

— U.N.C. (ca principiu, valabil pentru toată chirurgia urologică reconstructivă, *fără splintare* în condiţiile urinelor limpezi, ureter permeabil cu perete normal ; nerespectarea uneia din condiţii *impune splintul,* care poate fi instalat de sus în jos, necesitînd extragerea cistoscopică şi invers).

Intervenţiile chirurgicale menţionate au fost efectuate în litiază unică şi/sau multiplă, asociată altor boli urinare. Enunţarea sumară o completăm cu indicaţiile în litiaza asociată operată simultan multiplu şi cu unele particularităţi tehnice (exceptînd chirurgia extracorporeală şi cea sistematică sub hipotermie).

Scanned with OKEN Scanner

Gravitatea bolnavilor cu litiază urinară asociată altor boli urinare sau cu litiază multiplă rezultă din analiza tipului intervenţiilor chirurgicale necesare (şi a situaţiei în care ele s-au executat) la cei 147 de bolnavi. Astfel s-au efectuat în 20,5% : 12 pieloplastii, 8 intervenţii pe rinichi unic chirurgical, 2 operaţii pe ureterul rinichiului unic, 8 nefrolitotomii multiple simultane. S-au notat mai multe pielonefrolitotomii şi mai numeroase nefrolitotomii decît la grupul litiazicilor neasociaţi.

V.6.2.1. TRATAMENTUL LITIAZEI MULTIPLE (OPERAŢII SIMULTANE MULTIPLE)

Reno-caliceale : extragerea calculilor pielici şi caliceali concomitent prin pielonefrolitotomie (pielolitotomie clasică, nefrolitotomie, după împrejurări, dar totdeauna în zona cu indice parenchimatos redus, la nevoie multiplă, dar scurtă, cu extragerea concrementului din afară).

Operaţii eşalonate : prima pielolitotomia, apoi operaţia pentru calculul caliceal.

Litiază ureterală multiplă : 1. ureteroplurilitotomie, prin aceeaşi incizie cutanată ; 2. prin două incizii cutanate, acelcaşi operaţii ; 3. nefrectomie cu ureterolitotomie.

Litiază ureterală multiplă : 1. ureteropleurilitotomie, prin aceeaşi incizie unică cutanată şi pe ureter ; 2. incizie cutanată unică, două incizii pe ureter pentru biureterolitotomie ; 3. două incizii cutanate şi două incizii pe ureter ; 4. incizie cutanată unică, ureterolitotomie pentru un calcul şi extragere instrumentală pentru celălalt.

Indicaţii generale. Lui Delinotte şi altor autori le revine meritul unei scheme a indicaţiilor operatorii eşalonate în litiaza urinară multiplă.

Cele expuse de ei şi devenite date clasice pentru operaţiile *pe etape* a litiazei (multiple : reno-renale, renale bilaterale, ureterale unilaterale etajate, ureterale bilaterale simetrice sau asimetrice şi a celei reno-ureterale în diverse posibilităţi) *rămîn valabile şi în operaţiile simultane multiple.*

In litiaza renală bilaterală se abordează rinichiul mai bun primul (54), pentru a-l pune mai repede în condiţii optime de funcţionare ; sau cel mai slab funcţional, pentru ca în caz de complicaţie să iasă din funcţie organul mai puţin bun ; a treia posibilitate : a aborda litiaza acolo *unde este mai uşor.*

La nivelul ureterului, cele trei atitudini precizate rămîn valabile sau nu, din aceleaşi raţionamente ; în plus, se ştie că se operează mai uşor şi mai repede la nivelul ureterului cranial, care are o reac-

Scanned with OKEN Scanner

ţie sclerogenă (stenozantă) mai mică decît segmentul distal al conductului.

În operaţiile simultane multiple se propune *întîi abordul cranial* (al rinichiului faţă de ureter, al segmentului cranial al conductului faţă de cel distal), dar se poate proceda şi invers. Procedînd conform primei modalităţi enunţate punem la adăpost ureterolitotomia distală de o eventuală coborîre a unui calcul sau fragment din el, de sus (din rinichi în operaţiile reno-ureterale, din segmentul superior al ureterului în biureterolitotomie). În modalitatea celei de a doua se pleacă de la faptul că piatra distală are un răsunet înalt mai grav decît cea cranială şi deci, dacă intervenţia chirurgicală se va mărgini la o singură extragere de calcul, este bine ca ea să-l rezolve pe cel mai „agresiv".

Indicaţii : în funcţie de *topografia litiazei multiple.*

În litiaza reno-ureterală pelvină homolaterală : depinde de mulţi factori : vechimea şi multitudinea concrementelor, funcţia renală, rinichi unic funcţional sau morfologic, cel opus extirpat sau hipoplazic.

După Netto, indicaţiile ţin de : numărul, vechimea şi gradul de obstructivitate al concrementelor, precum şi de tipul litiazei renale : pielice sau caliceale. Operaţiile simultane multiple implică două incizii : prima, cea pelvină (54), cînd calculul pelvin este mic ; abordul chirurgical urmează tentativa nereuşită de extragere endoscopică, făcîndu-se ureterolitotomia sau împingerea calculului, după ureterotomie, în vezică.

Calculul pielic se abordează prin incizie posterioară, dacă concrementul este pielo-caliceal, incizia devine lombotomie clasică.

Operaţia concomitentă, multiplă, planificată şi începută cu extragerea calculului pelvin poate fi la nevoie eşalonată, dacă ureterolitomia a fost grea, a durat mult sau bolnavul este gras.

Litiaza ureterală înaltă şi vezicală se operează concomitent, prin două incizii cutanate ; dacă tentativa de litotriţie este încununată de succes se operează numai calculul înalt.

Litiaza ureterală etajată pe rinichi unic implică ureterolitotomia pentru calculul de sus, tentativă de extragere retrogradă cu Dormia a concrementului distal şi, în eşecul acestei manevre, ureterolitotomie distală (Burghele), prin aceeaşi sau prin altă incizie.

Litiaza pielo-ureterală heterolaterală, ideal, cere : extragerea cu Dormia şi abordul calculului pielic ; în eşecul manevrei endoscopice, se fac două incizii separate, simultan.

În litiaza ureterală pelvină bilaterală (bipelvină) se abordează transperitoneal, concomitent, printr-o incizie (mediană).

Scanned with OKEN Scanner

Litiaza ureterală cu *rinichiul opus distrus* indică, după ureterolitotomie, nefrectomie simultană ; se subînţelege, prin altă incizie.

În litiaza vezicală şi pionefroză se impune extragerea calculului printr-o cistostomie (sau litotriţia lui) ; nefrectomia, printr-o altă incizie, în aceeaşi şedinţă.

Cîteva sublinieri practice

Nefrolitotomia minimă (ca întindere), în zona cu indicele parenchimatos cel mai scăzut, *unică sau multiplă,* s-a dovedit o operaţie de-sine-stătătoare sau mai ales complementară pielolitotomiei, utilă, rapidă şi uşoară ca execuţie, mai puţin periculoasă decît se credea.

Bichiler şi P. Alken (106) arată că procesul extragerii instrumentale a calculilor ureterali — retro- şi anterograd — se ridică azi la 77% în statistici mari cumulative. Intervenţia sîngerîndă a corectat 8,8% din insuccese. S-au notat 1,2% complicaţii, care au necesitat operaţia iterativă imediată.

Pe 50 000 de operaţii în litiază urinară, în 1976, în R.F.G., 20 000 au fost pe ureter, 19 000 pe rinichi şi restul pe alte segmente (Vahlensieck).

Litiaza urinară multiplă este strîns corelată adesea cu infecţia urinară, cu alte boli urinare şi insuficienţa renală.

Litiaza renală multiplă şi insuficienţa renală cronică terminală. Am vrea să insistăm asupra litiazei renale multiple şi a insuficienţei renale cronice terminale. Termen utilizat de Lopatkin (69), care denotă insuficienţa renală cronică în ultimele stadii. Se descriu două forme : excretorie (reversibilă) şi secretorie (ireversibilă). Recunoaşterea lor cere un studiu complet şi complex, în care se include explorarea scintigrafică renală (funcţională) şi ecografică (morfologică). Indicele parenchimatos scăzut denotă o retracţie renală scleroasă, iar prezenţa lichidului în jurul concrementului arată ocluzie.

Litiaza multiplă cu insuficienţa renală cronică terminală trebuie operată — cu risc vital (care s-a dovedit în formele excretorii mai puţin sever) — cînd sindromul este foarte dureros, iar insuficienţa renală cronică progresivă nu este influenţată de tratament.

V.7. RECAPITULAREA SINOPTICĂ A TRATAMENTULUI ÎN FUNCŢIE DE ORGAN ŞI BOALĂ

La nivelul rinichiului :

— Litiază şi infecţie : tratament indicat pentru litiază şi, la nevoie, şi pentru infecţie.

Scanned with OKEN Scanner

— Tumoare renală cu calcul renal : nefrectomie pentru cancer.

— Tumoare renală și calcul ureteral : extirparea oncologică a rinichiului și ureterolitotomie pentru prevenirea patologiei bontului ureteral.

— Tumoare renală excretorie și altă localizare tumorală : nefroureterectomie, la nevoie cu pastilă vezicală prin două incizii ; în cea inferioară, abord extraperitoneal.

— Tumoare renală și tuberculoză urinară : tratament antituberculos care precedă, însoțește și urmează nefrectomia în vas închis.

— Tuberculoză renală și litiază urinară : tratament antituberculos și rezolvarea calculului.

— Rinichi polichistic și litiază : operație conservatoare pe un organ de obicei infectat și deficitar.

— Patologia vasculară venoasă : am aplicat numai nefrectomia în tromboza renală.

— Vas aberant : necesită rezecție, suspendarea pediculului sau decrucișarea căii excretorii.

— Rinichi în potcoavă cu litiază : impune heminefrectomie, pielolitotomie, cu sau fără secționarea istmului.

— Duplicitatea reno-ureterală și litiază plus anexită : cere ureterolitotomie și anexectomie.

— Ptoză renală și litiază : extragerea calculului și nefropexie.

— Patologia joncțiunii pielo-ureterale și litiază : cere corecția stazei și ablația concrementului.

La nivelul vezicii :

— Tumoare vezicală izolată sau asociată altor boli urinare : cere ablația tumorii și operație simultană pentru altă boală vezicală sau a altui segment al aparatului apropiat de rezervor.

— Calculul (vezi bolile vezicale asociate și litiaza multiplă).

— Adenomul de prostată, complicat sau nu, sau asociat altor boli urologice : cere înlăturarea factorului disectaziant și eventual rezolvarea bolii urinare asociate.

— Scleroza de col, în aceeași situație ca la adenom, aceeași atitudine.

— Varicele vezical, diverticulii, corpul străin : se rezolvă chirurgical ca boală de-sine-stătătoare sau concomitent unei alte indicații urologice.

— Fistula uro-intestinală : cere cura Kilpatrik.

— Prolapsul vezical însoțit de incontinență urinară : impune perineorafie și operația Burch.

Scanned with OKEN Scanner

La nivelul ureterului :

— Pentru calcul, tumoare, ureterocel, stenoză, traumatism, tuberculoză, duplicitate — vezi indicaţiile şi tehnica în tratatele de specialitate şi în monografia „Patologia ureterului terminal".

La nivelul penisului şi al scrotului :

— În funcţie de boala asociată sau nu se impun operaţii simple ca execuţie şi urmare postoperatorie, detaliate în subcapitolul respectiv.

*

Încheiem recapitularea cu tratamentul fistulelor uro-intestinale şi al leziunilor iatrogene postoperatorii ale aparatului urinar.

Aceste asociaţii-complicaţii implică, aşa cum am mai spus-o, cura chirurgicală a fistulei şi cura operatorie a leziunilor iatrogene după operaţie. Dar ele mai necesită o precizare. Fiind abordate în cadrul patologiei asociate pot crea confuzii. În introducere am făcut o precizare pentru a le diminua, o repetăm sub altă formă acum, la sfîrşitul cărţii. Două sau mai multe boli asociate, uro-chirurgicale sau de alt tip, pot să ducă la două leziuni situate în zone topografice diferite ale aceluiaşi aparat sau în aparate diferite. Complicaţiile neobişnuite şi grave (fistula uro-rectală sau leziunea traumatică a aparatului urinar după operaţie ginecologică sau oncologică) se manifestă tot prin două leziuni, uneori a două aparate — urinar şi digestiv — sau a două segmente ale aparatului urinar — ureter distal, rinichi. De aceea aceste aspecte patologice, fără a putea fi încadrate *stricto senso* în asociaţiile patologice, constituie o categorie care justifică şi necesită oglindirea într-un îndreptar terapeutic al patologiei urinare asociate.

V.8. TRATAMENTUL CHIRURGICAL EFECTUAT ÎN OBSERVAŢIILE CLINICE REDATE ŞI ILUSTRATE ; REZULTATE

Opisul de figuri anexat redă numărul, legenda şi amplasarea lor în text. Considerăm că este util să fie urmat de un tabel rezumativ al tratamentului chirurgical efectuat în observaţiile clinice redate şi ilustrate (tabelul IV). Acest tabel include numărul figurii, diagnosticul şi tratamentul. În coloana „Tratament", nr. 1 indică şedinţa operatorie din prima etapă, nr. 2, etapa următoare şi aşa mai departe. Ultima coloană arată rezultatul tratamentului. Rezultă că la cei 31 de bolnavi operaţi variat şi multiplu, simultan şi/sau eşalonat, cuprinşi în iconografie, s-au obţinut următoarele rezultate : exitus — 1 (fig. 9) ; rău — 1 (fig. 24) ; satisfăcător — 3 (fig. 15, 17, 23) ; bun — 25 ; foarte bun — 1 (fig. 31).

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul IV

Tabel rezumativ al tratamentului chirurgical efectuat în observaţiile clinice redate şi ilustrate

Nr. crt.	Nr. fig.	Diagnostic	Tratament	Rezultat
1	2	3	4	5
1	1	T.V. + A.P. + R.dr.mut	1. Electrorezecţie T.V. + adenomectomie 2. Nefrectomie dr *second look*	Bun
2	2	T.V. + R.dr.mut + ureterohidronefroză	1. Electrorezecţie T.V. + nefrectomie	Bun
3	3	T.V. + R. dr. mut	1. Electroexcizie T.V. 2. Nefrectomie dr. + electroexcizie T.V. iterativă	Bun
4	4	T.V. + R. stg. mut	1. Electroexcizie T.V. + nefrectomie stg.	Bun
5	5	T.V. + R. dr. mut	1. Electroexcizie T.V. + Kawasoye 2. Goodwin dr. + C.T.	Bun
6	6	Chist al hemirinichiului inferior drept	1. Pielonefrectomie inf. cu extirparea chistului	Bun
7	7	T.V. + A.P. + litiază ureterală	1. Ureterolitotomie dr. 2. Electroexcizie T.V. + adenomectomie	Bun
8	8 *a* 8 *b*	Litiază pieloureterală stg. şi vezicală + A.P.	1. Pieloureterolitotomie 2. Adenomectomie şi cistolitotomie	Bun
9	9	A.P. — diagnostic greşit T.V. — diagnostic corect	1. Excizie paliativă a T.V.	Exitus
10	10	T.V. + A.P.	1. Electroexcizie T.V. + adenomectomie	un

Scanned with OKEN Scanner

continuare tabelul IV

1	2	3	4	5
11	11 *a* 11 *b*	Scleroză de col Diverticul vezical Duplicitate renoureterală dr.	1. Rezecţie de col + diverticulectomie + U.N.C. bilateral	Bun
12	12	Litiază pielo-caliceală şi ureterală stg. şi în loja prostatică	1. Uretero- şi cistolitotomie	Bun
13	13	Scleroză de col Diverticul vezical	1. Rezecţie de col	Bun
14	14 *a* 14 *b*	A. P. + C. ureteral	1. Adenomectomie. Ureterolitotomie	Bun
15	15 *a* 15 *b*	Col congenital Calcul vezical recidivant Tumoare de con medular	1. Rezecţie de col 2. Extirparea tumorii de con medular 3. Cistolitotomie iterativă	Satisfăcător
16	16	A.P. + L. ureterală	1. Adenomectomie + ureterolitotomie stg.	Bun
17	17	T.V. + C. ureter	1. Electrorezecţie T. V.	Satisfăcător
18	18	Boală congenitală + litiază	1. Pielonectomie inf. stg. pentru calculul recidivant al hemirinichiului inf.	Bun
19	19	Duplicitate renoureterală dr. + litiază multiplă în hemirinichiul inf.	1. Heminefrectomie	Bun
20	20	Duplicitate renoureterală stg. + L.U.	1. Ureterolitotomie pe ureterul inferior	Bun
21	21 *a* 21 *b*	Rinichi în potcoavă Litiază multiplă a hemirinichiului stg.	1. Heminefrectomie stg. cu secţionarea istmului	Bun
22	22	L. pelvină bilaterală ; în stinga C. dublu	1. Ureterolitotomie bilaterală simultană extraperitoneală	Bun

Scanned with OKEN Scanner

continuare tabelul IV

1	2	3	4	5
23	23	L. renală bilaterală + R.dr.mut	1. Pielonefrolitotomie dr. pe rinichi mut	Satisfăcător
24	24 *a* 24 *b*	L. renală multiplă	Nici o sancţiune terapeutică: potenţial litogen malign polimorf	Rău
25	25 *a* 25 *b*	L. reno-ureterală dr. cu rinichi mut	1. Nefroureterectomie dr.	Bun
26	26	L. renală bilaterală	1. Pielolitotomie dr.	Bun
27	27 *a* 27 *b*	L. pielo-ureterală homolaterală	1. Pieloureterolitotomie dr. prin incizie anterioară	Bun
28	28	L. pielo-ureterală homolaterală	1. Pieloureterolitotomie cu 2 incizii pe ureter şi 1 cutanată	Bun
29	29	L. pielo-ureterală homolaterală	1. Pieloureterolitotomie dr. prin incizie lombară şi pubo-ombilicală	Bun
30	30	Diverticul vezical Disectazie de col C. ureteral pelvin stg. Hernie inghinală	1. Ureterolitotomie	Bun
31	31	L. reno-ureterală (pelvină: trei calculi) + adenom de prostată + C. vezical	1. Meatotomie cu extragerea calculului Ureterolitotomie şi adenomectomie	Foarte bun

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul VI

ÎN LOC DE CONCLUZII

Patologia urinară asociată (de tipul asociaţiilor pluriurologice sau uro-chirurgicale) se întîlneşte tot mai des şi în proporţie mereu crescîndă, dependentă direct de corectitudinea diagnosticului. În materialul nostru frecvenţa ajunge la peste 10% din totalul bolnavilor urologici operaţi (6 000 de intervenţii între 1977—1979). Lotul constituit exclude asociaţiile uro-nechirurgicale în care bolnavul urinar de operat prezintă şi o altă afecţiune a unui alt aparat sau sistem (pulmonar, cardiovascular etc.). *Asemenea bolnavi asociaţi sînt foarte numeroşi* şi au intrat numai tangenţial în analiza actuală.

Suferindul urinar cu boli asociate beneficiază astăzi de un tratament chirurgical radical, nu rareori de operaţii simultane multiple, ale căror rezultate sînt mai mult decît mulţumitoare.

Atitudinea nouă ce se încetăţeneşte merită cunoaştere şi răspîndire, ea putîndu-se îmbina armonios cu vechile indicaţii, acordîndu-se cele cuvenite atitudinii de eşalonare a etapelor operatorii, cînd este cazul. Indicaţiile acestei ultime tactici, de prudenţă şi, din păcate, uneori de rutină, se limitează, dar în situaţiile în care îşi păstrează valoarea rămîn în continuare pe deplin valabile.

În acest ultim capitol rezumativ al concluziilor includem un sugestiv tabel comparativ al *mutaţiilor indicaţiilor operaţiilor radicale*. Ne referim în special la chirurgia adenomului de prostată ca boală izolată, a celui asociat cu alte boli urinare sau de alt ordin şi, în secundar, la grupele *altor boli urinare asociate*, oglindite în lucrările clinicii în 1966 şi 1979.

Virările spre o nouă atitudine radicală apărînd clar, ne preocupăm în continuare de indicaţiile operaţiilor în litiază, în patologia vezicală şi în cadrul asociaţiilor uro-chirurgicale.

Scanned with OKEN Scanner

Mutaţiile indicaţiilor operaţiilor radicale

1966	1979
Infecţia urinară era o contraindicaţie şi clasic implica tratamentul accidentului infecţios la început.	Infecţia urinară severă rămîne o contraindicaţie, dar fiind întreţinută de o boală urinară (litiază, de exemplu) necesită operaţie spre a fi lichidată.
În hematurii masive : tratament medical şi intervenţie intrahemoragică, ambele soluţii fiind corecte.	Ambele soluţii rămîn valabile, cumpăna înclinîndu-se spre operaţia intrahemoragică, cel puţin în : A.P., T.V. şau/şi în asociaţia T.V. + A.P. sîngerîndă.
O.S.M., în adenom şi obstacole subvezicale (stricturi ureterale, fimoză strînsă etc.).	Atitudine identică.
Marile azotemii cereau operaţia radicală după reducerea ureei (prin sondă uretrală sau cistostomie etc.).	Atitudine în parte valabilă şi azi, dar în cazurile cînd azotemia este ireductibilă prin sondă uretrală, cistostomie etc., în adenom se impune deblocarea, sonde uretrale, tratament medical postoperator intens. Epuraţia extrarenală nu şi-a justificat speranţele, datorită complicaţiilor hemostazei (Crivda). În schimb, în hiperazotemiile litiazice protecţia epuraţiei permite cu succes operaţia radicală imediată.
Prostaticul cu boli cardiovasculare putea fi operat radical imediat (excepţie făcînd : insuficienţa coronariană acută, cea cardiacă globală şi infarctul miocardic recent). După operaţie, bolile cardiovasculare se pot : remite, ameliora, rămîne staţionare sau/şi agrava (mai rar şi în cazuri de complicaţii postoperatorii). Bolnavul urinar cu accidente vasculare vechi beneficia de aceeaşi atitudine radicală imediată.	Cele spuse în 1966 despre bolnavul prostatic cardiac se pot extinde azi şi la alte categorii de bolnavi urinari cu boli cardiovasculare sau accidente vasculocerebrale vechi.

Scanned with OKEN Scanner

Contraindicaţiile pleuro-pulmonare rămîn în cadrul schemei clasice : — bolile acute necesită tratament intensiv ; — cele cronice nu profită de temporizare.	Aceeaşi atitudine
Factorii agravanţi legaţi de starea generală (febră, furunculoză etc.), în concordanţă cu logica, necesită temporizare.	Aceeaşi atitudine.
Bolile metabolice contraindică cura operatorie radicală imediată în limita datelor clasice cunoscute.	Aceeaşi atitudine.
	Bolile de sînge (LLC, hemofilia) permit selectiv operaţii radicale sub protecţia terapiei medicale cunoscute.

INDICAŢII OPERATORII

În litiaza asociată altor boli urinare (congenitale, adenomului de prostată, sclerozei de col, tumorii vezicale etc.) sau în cea multiplă (reno-renală, renală bilaterală, ureterală unilaterală etajată, ureterală bilaterală simetrică sau asimetrică şi a celei reno-ureterale în diverse posibilităţi) rămîn valabile indicaţiile cunoscute, care se extind şi la operaţiile simultane multiple, şi anume :

— în litiaza renală bilaterală se abordează rinichiul cel mai bun primul — de regulă în cadrul tacticii de eşalonare, excepţional în cea de simultaneitate —, apoi cel mai slab funcţional, dar de cele mai multe ori calculul care, cel puţin aparent, este mai uşor tehnic ;

— în litiaza ureterală bilaterală atitudinea de mai sus păstrează toată valabilitatea ;

— în cea reno-ureterală rezolvată prin operaţii simultane multiple se impune întîi abordul cranial (al rinichiului faţă de ureter ; al segmentului cranial al conductului faţă de cel distal). Se poate proceda însă şi invers, mai ales plecînd de la judecata că piatra distală are un răsunet renal mai mare.

În cadrul litiazei operate, nefrolitotomia minimă în zona indicelui parenchimatos scăzut, unică sau multiplă, ca operaţie de-si-

Scanned with OKEN Scanner

ne-stătătoare sau mai ales complementară pielolitotomiei, s-a dovedit simplă, nepericuloasă, meritorie. Impune cunoaștere și înlăturarea reputației de operație periculoasă.

În litiaza ureterală pelvină bilaterală, operațiile simultane multiple transperitoneale își găsesc indicația ca și în cea ureterală înaltă asociată cu litiaza vezicală. Ultima situație, ca și litiaza pielo-ureterală pelvină, cere două incizii cutanate. Litiaza pielo-ureterală heterolaterală cere două incizii după eșecul extragerii cu sonda Dormia.

În patologia asociată și/sau neasociată a vezicii s-a impus acuratețea hemostazei după rezecția de col vezical patologic. În asociațiile adenomului de prostată cu alte boli urinare — și în special în asociația tumorii vezicale cu adenom de prostată — hemostaza lojei prostatice cu fir de nailon în bursă sau în „U" merită atenție, dînd o deplină stăpînire a hemoragiei intra- și imediat postoperatorii. Incidentele posibile imediate cît și stenoza de col îndepărtată sînt previzibile și ușor corigibile.

De asemenea, în asociația tumoare vezicală cu adenom de prostată devin utile datele tehnice ale pașilor operatori aparent banali și cunoscuți, dar de a căror rigurozitate și corectitudine în execuție depind și evoluția imediată postoperatorie și prognosticul recidivei. Faptul că recidivele scad în lotul analizat cu peste 25% este îmbucurător.

În asociații uro-chirurgicale. Adenomul de prostată și hernia. Exceptînd urgența (hernia strangulată sau încarcerată), adenomectomia rămîne operația de bază, cura herniei efectuîndu-se în altă etapă. În condițiile de intensitate medie a bolilor operațiile simultane multiple cîștigă teren și dau rezultate bune.

În litiaza renală dreaptă și bolile căilor extrahepatice, ca și *asociația cancerului rectal cu adenomul de prostată* sînt situații care se rezolvă conform datelor din literatura citată și cunoscute.

Cura fistulelor uro-rectale, a bolilor uro-ginecologice și rezolvarea abdomenului acut urologic merită cîteva *nuanțări.*

Rezultatul curei fistulelor uro-rectale (după Killpatrik) este bun în 90% din observațiile clinice prezentate. Un procent de 80 de succese încununează tratamentul traumelor aparatului urinar după operațiile uro-ginecologice, cura propriu-zisă a fiecărei observații clinice adaptîndu-se cazului în parte, dar *totdeauna* fiind *radicală.*

Abdomenul acut urologic ne-a învățat : laparotomia exploratorie, albă, este mai puțin nocivă pentru bolnav decît expectativa urmată de o intervenție tardivă, poate mai corectă ca diagnostic,

Scanned with OKEN Scanner

dar de acum ineficientă, indiferent de etiologia complicației (abdomen acut *urologic* : spontan sau provocat ; abdomen acut *neurinar* : boală supraadăugată cunoscută sau nu la data operației urologice etc.). Atitudinea intervenționistă precoce dă o șansă mai mare de corectare a leziunilor.

Mutațiile indicațiilor operatorii observate în decurs de 14 ani în chirurgia bolilor urinare izolate, dar mai ales asociate, au evidențiat tendința spre intervenții chirurgicale radicale precoce. Aceste operații pot fi simultan multiple sau eșalonate.

Pentru prima categorie pledează o serie de argumente pe care le repetăm după alți autori, uneori amplificîndu-le :

— o singură spitalizare și explorare (dar completă și corectă) ;
— un singur risc anestezic și operator ;
— incizie unică pentru leziuni (boli) topografic apropiate.

Operațiile radicale simultane sînt economice, rezultatele lor bune sînt nu numai, superpozabile intervențiilor eșalonate, dar chiar superioare, mai ales în condițiile terenului patologic deficitar care suportă mult mai greu două operații separate.

Argumente contra operațiilor simultane multiple :

— ele necesită două incizii, două schimburi de poștură ;
— uneori prezintă o evoluție postoperatorie mai grea decît în situația operațiilor eșalonate.

Indiferent în ce direcție se va înclina balanța indicațiilor operațiilor simultane multiple *nu trebuie să se uite* de : dorința bolnavului, experiența chirurgului, bunul simț.

Operațiile eșalonate conform indicațiilor riguroase își păstrează deplina valabilitate, însă într-o sferă care, datorită progresului, se reduce continuu.

Cîteva concluzii speciale izvorîte din practica terapeuticii aplicate în patologia urinară asociată :

— în hematurii neclare ca etiologie sau parțial lămurite — examen cistoscopic ;
— bolnavul cu tumoare vezicală, boală izolată sau asociată, din principiu trebuie pregătit preoperator ca pentru derivație ureterală ;
— rinichiul afuncțional sau hipofuncțional care însoțește o boală a aparatului distal poate fi rezolvat în aceeași ședință operatorie (adenom de prostată și pionefroză etc.) ;
— în leziuni topografic apropiate, cînd se folosește o singură incizie pentru abordarea ambelor leziuni, trebuie să ne temem *mai puțin* de efectuarea a două incizii, care pot asigura rapiditatea și comoditatea execuției operației.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

1. ABULKER P. — Progrès en urologie, Masson et Cie, Paris, 1967.
2. ALMAZOV E. G. — Eroare de diagnostic în tumoarea renală, *Urol. Nefrol.*, 1972, 5. 56—69.
3. ALMAZOV E. G., BABENKO V. D. — Asociația dintre litiază și echinococ, echinococ și tumoare urinară, echinococ, litiază și tuberculoză (Surraco), *Urol. Nefrol.*, 1972, 3, 60—61.
4. ALPI M., ARACHI N. — La tuberculosi dell'adenoma prostatico, *Quad. Urol.*, suppl., 1963, 13, 365.
5. APPERSON J.W., WECHSLER H., LATTIMER J. K. — The frequent occurence of both renal calcul and renal califications in tuberculous kidneys, *J. Urol. Néphrol.*, 1962, 76, 642.
6. AREZI G., OCCHIPINZI G. — Asociația cancer și nefrolitiază, *Rev. Pat. Clin.*, 1956, *1*, 3, 97—104.
7. AUGUSTIN A. și colab. — Asociația cancer renal, litiază și tuberculoză, *Chirurgia (Buc.)*, 1964, *XIII*, 4, 379.
8. BALOGH F., SZENDRŐI Z. — Cancerul de prostată, Akademiai Kiadó, Budapesta, 1968.
9. BANU M. — Rolul rinichiului în hemostază și fibrinoliză ; implicații practice în urologie, Teză de doctorat, I.M.F. București, 1978.
10. BERNARDI R., WAINBERG S. — Abcesso retroperitoneal calcificado bilateral en una tuberculosis renal unilateral, *Rev. argent. Urol.*, 1958, 27, 215.
11. BANCHIERI F., PROVANA A., VIARENGO G. — Prostatectomie la un leucemic, *J. Urol. Nephrol.*, 1972, *78*, 1—2, 133—137.
12. BLAJA C., IOANID P. C. — Asociația între tuberculoză și litiază renală, *Urol. Int. (Basel)*, 1965, 20, 77—90.
13. BLANDY J. P. — Operative Urology, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1978, pp. 649, 907.
14. BLANDY J. P. — Transureteral resection, Ed. P. M., Londra, 1978.
15. BOECKEL M. A. — Lésions tuberculeuses greffées sur un adénome prostatique, *J. Urol. Néphrol.*, 1929, 29, 62.

Scanned with OKEN Scanner

ABREVIERI

A.A. . . . . abdomen acut
A.U.D. . . . *ad usum delphine*
A.P. . . . . adenom de prostată
C. . . . . calcul sau litiază
Car. P. . . carcinom de prostată
C.E. . . . . cale excretorie
C.T. . . . . cistectomie totală
Col. . . . . col vezical patologic
Cong/Mal. malformaţii congenitale
Ch. . . . . Charière
D.R.U. . duplicitate reno-ureterală
E.A.C.A. . . acid Σ-aminocaproic
H. . .. . hidronefroză
H.A. . . . hipertensiune arterială
I. . . . . infecţie
I.R.A. . . infecţie renală acută
I.R.C. . . . infecţie renală cronică
L. . . . . litiază sau calcul
L.U. . . . . litiază de ureter
L. urin. . . . . litiază urinară
L.R.U. . . . litiază reno-ureterală
L.R. . . . . litiază renală
L.V. . . . . litiază vezicală
L.L.C. . . leucemie limfatică cronică
M. . . . . malignizant
O.M.E. . . operaţii multiple eşalonate
O.S.M. . . operaţii simultane multiple
P.A.M.B.A. . acid paraaminometil-benzoic . . . . . .
P. . . . . pionefroză
Polineo . . . . . polineoplazia
P.V.R. . . patologia vasculară renală
R.R.U. . Revista română de urologie
R. . . . . rinichi
R. poli . . . . rinichi polichistic
S.N.C. . . . sistem nervos central
T. . . . . tumoare
T.V. . . . . tumoare vezicală
T.R.M. . . tumoare renală mascată
U. . . . . ureter
U.U. . . . . uro-urologice
Uro-gin . . . . uro-ginecologice
U.I.V. . . urografie intravenoasă
V. . . . . vezică

Scanned with OKEN Scanner

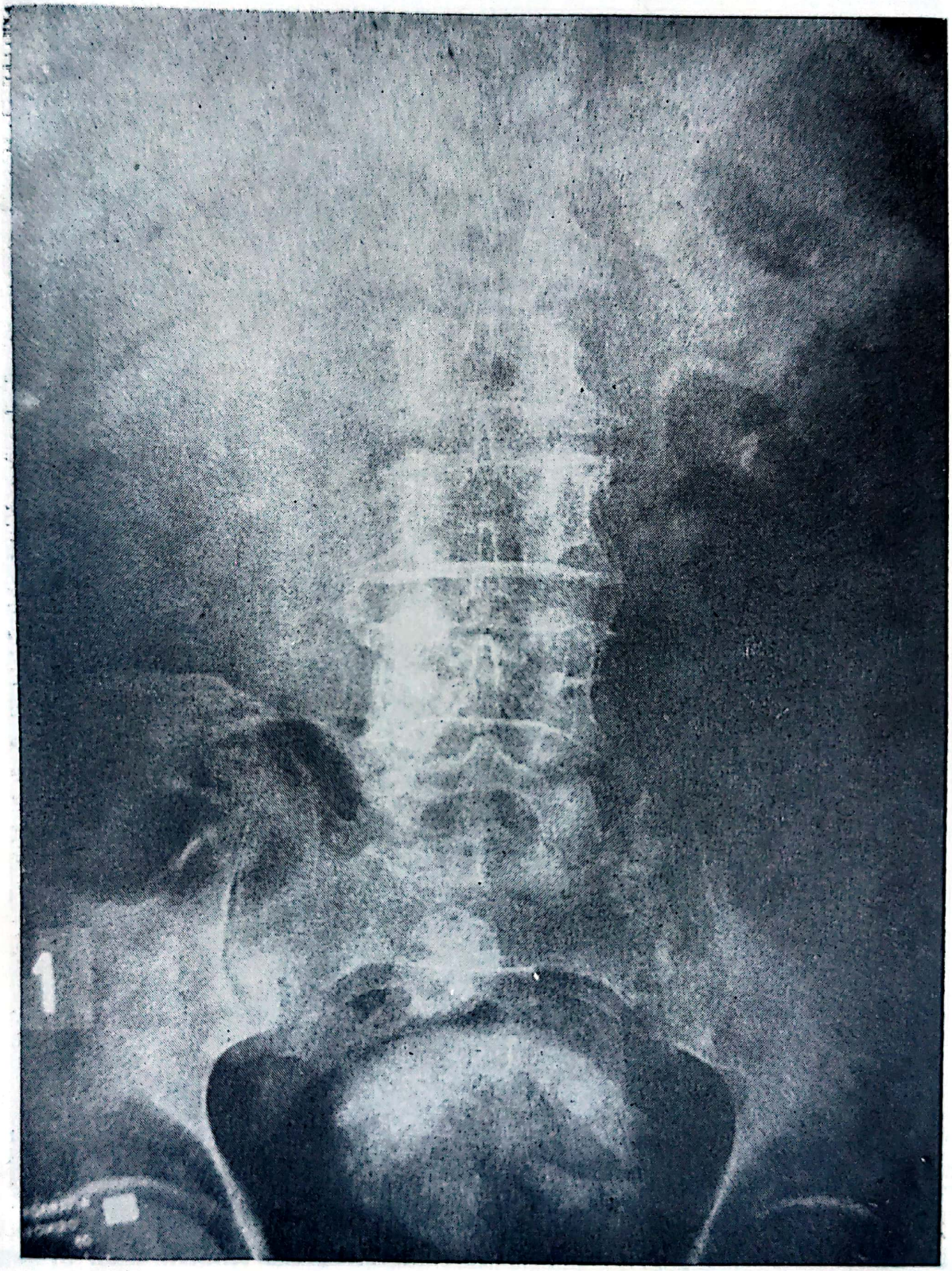

Fig. 1. — U.I.V. — 20'. Tumoare vezicală + adenom de prostată + rinichi drept mut. Lacună mare vezicală cu ureter terminal stîng în stază.

Scanned with OKEN Scanner

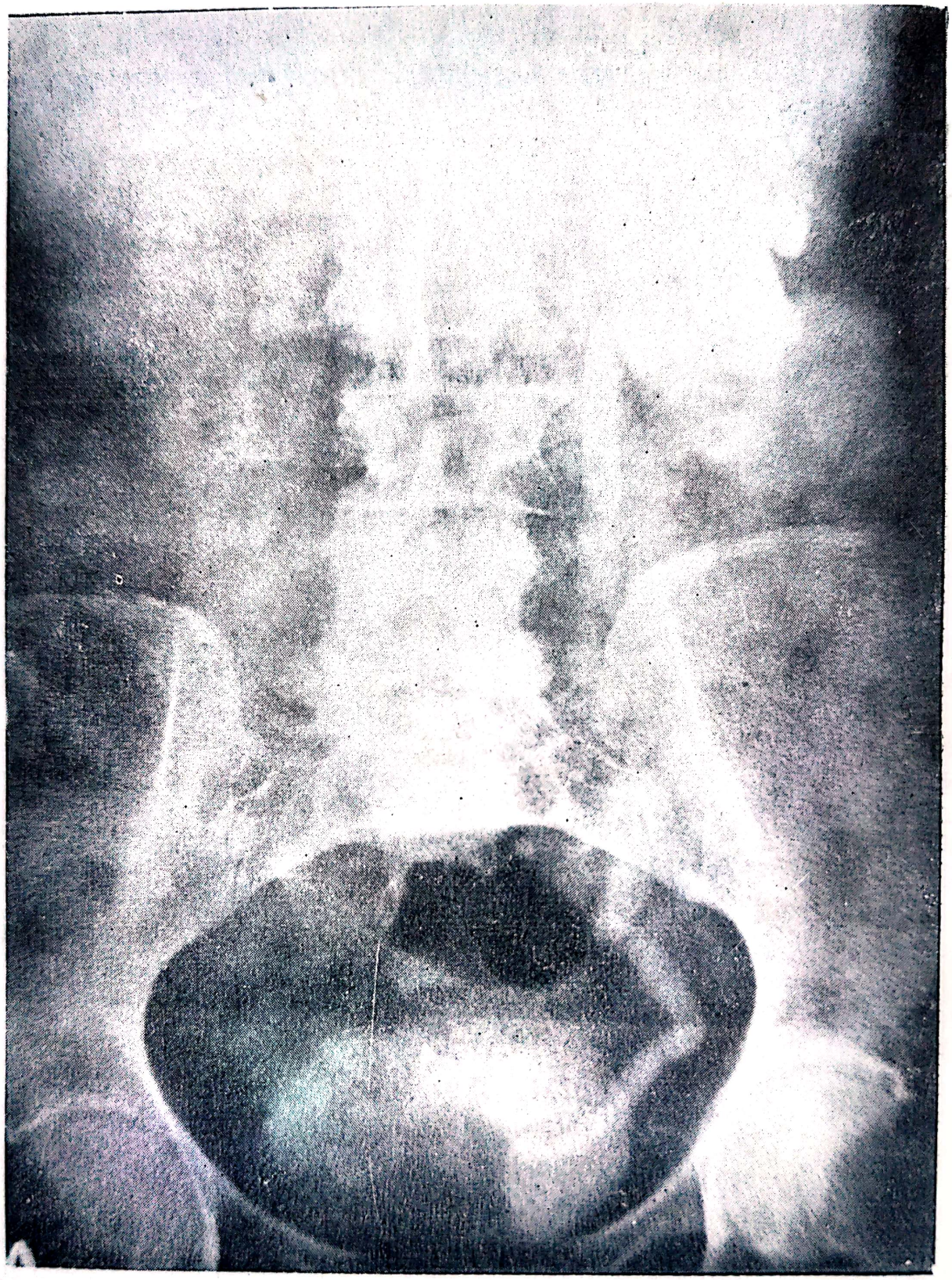

Fig. 2. — U.I.V. — 20'. Tumoare vezicală + rinichi drept mut. Imagine lacunară în 1/2 dreaptă a vezicii. Ureterohidronefroză stîngă ; sifon ureteral.

Scanned with OKEN Scanner

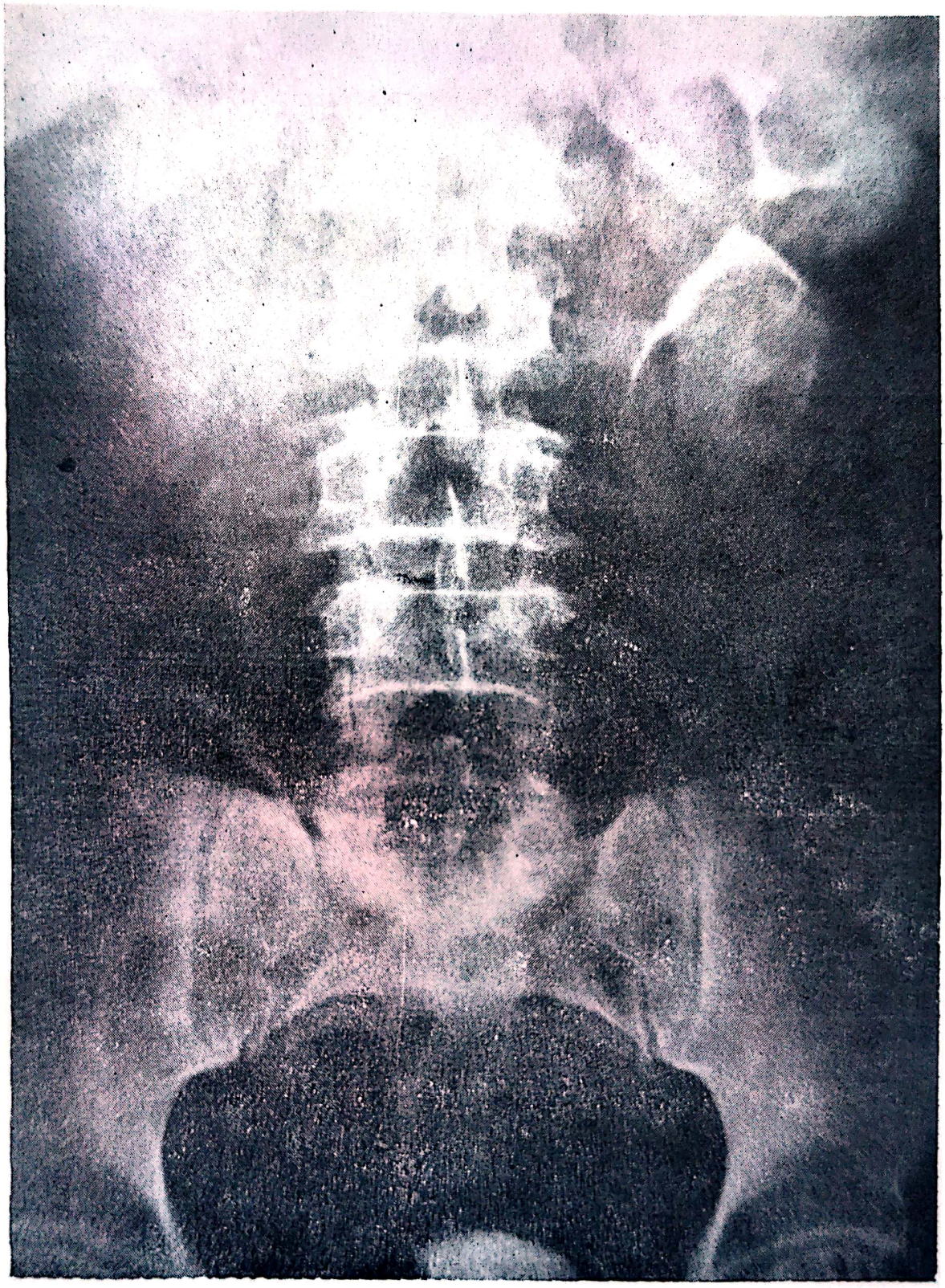

Fig. 3. — U.I.V. — 5'. Tumoare vezicală + rinichi drept mut. Amputația cornului vezical drept, lacună în trigon (tumori). Rinichi stîng unic funcțional cu C.E. subțire.

Scanned with OKEN Scanner

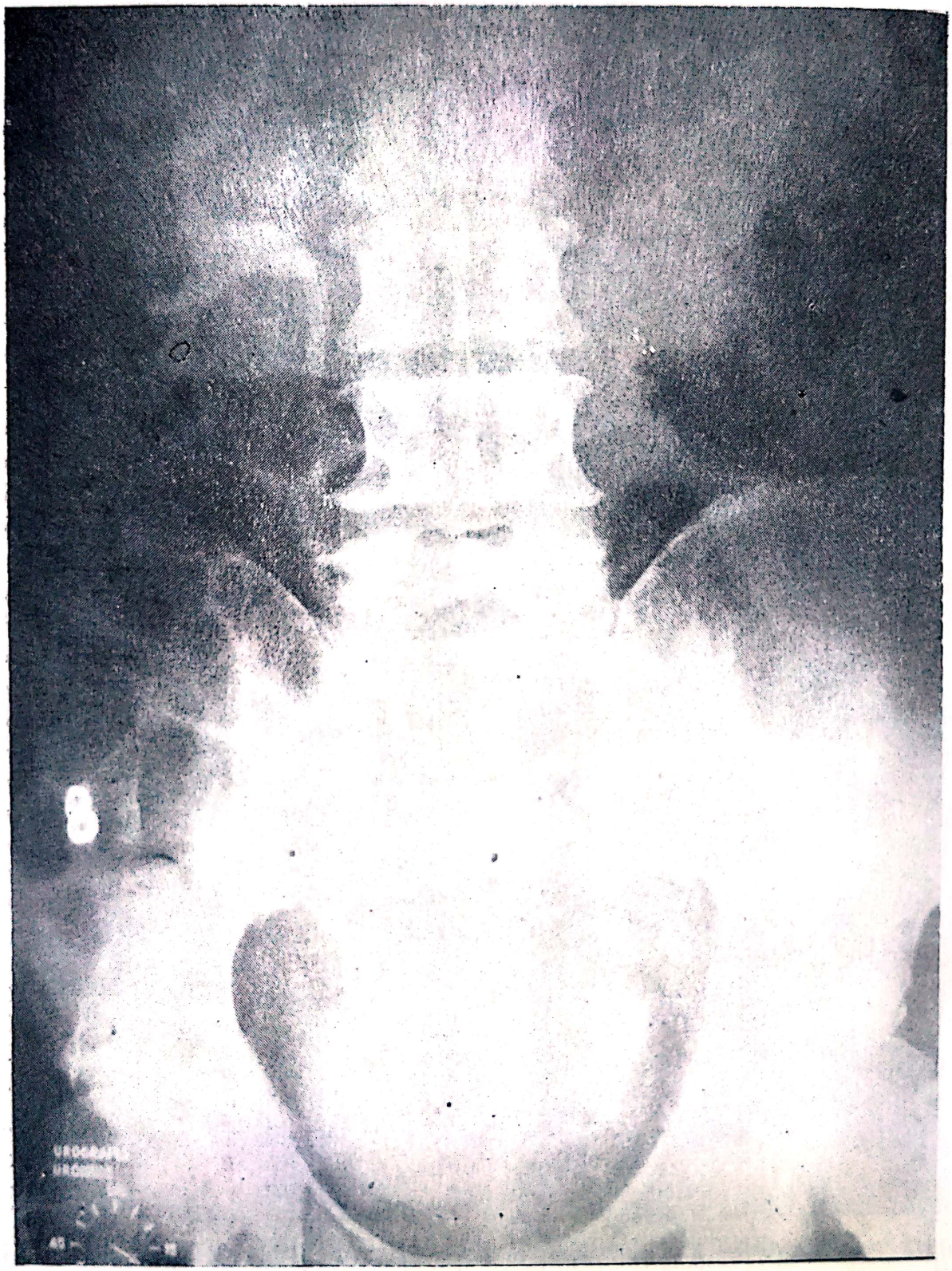

Fig. 4. — U.I.V. — 20'. Rinichi drept unic funcțional, lacune multiple vezicale (tumori).

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 5. — U.I.V. — 20'. Implantarea ureterului drept în colon. Rinichiul supraiacent elimină în jet. Ansa contractilă status după cistectomie totală (cistectomie totală și ligatura ureterului stîng).

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 6. — U.I.V. — 20' (jumătatea dreaptă). Chistul renal mare pe pielonul inferior al unei duplicități reno-ureterale drepte, hemirinichi mut. Pielonul de sus are ureterul împins median de chist. Traiectul seamănă cu ureterul retrocav. Rinichi stîng normal.

Scanned with OKEN Scanner

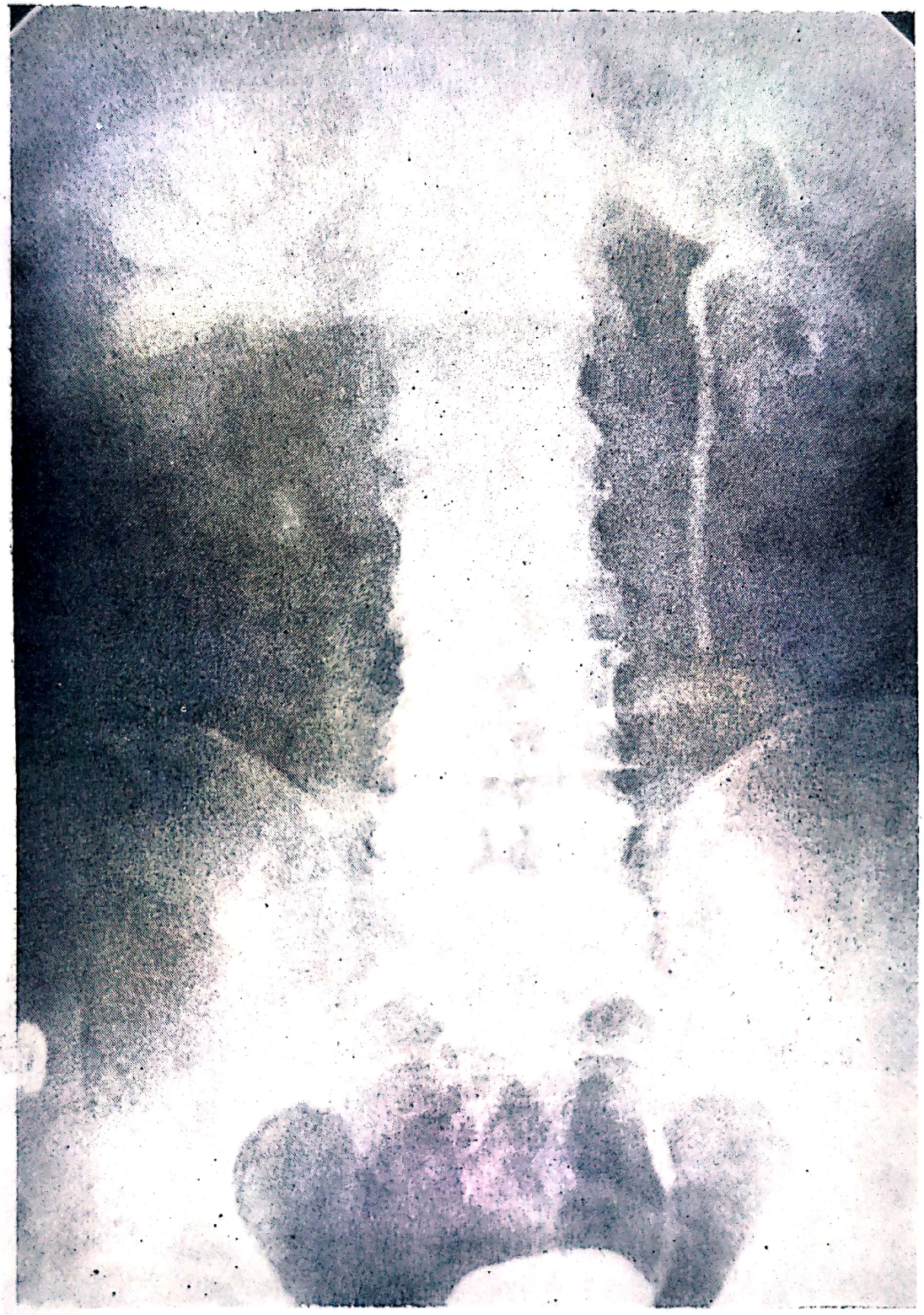

Fig. 7. — U.I.V. — 20'. Tumoare vezicală recidivantă cu adenom de prostată și calcul ureteral drept (L_3). Suferința rinichiului supraiacent calculului (normalitatea congenerului). Amprentă prostatică ; rigiditate și semiton la nivelul peretelui vezical drept (tumoare vezicală recidivată).

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 8 a. — Radiografie reno-vezicală (½ de sus) : calcul ureteral şi bazinetal stîng.

Scanned with OKEN Scanner

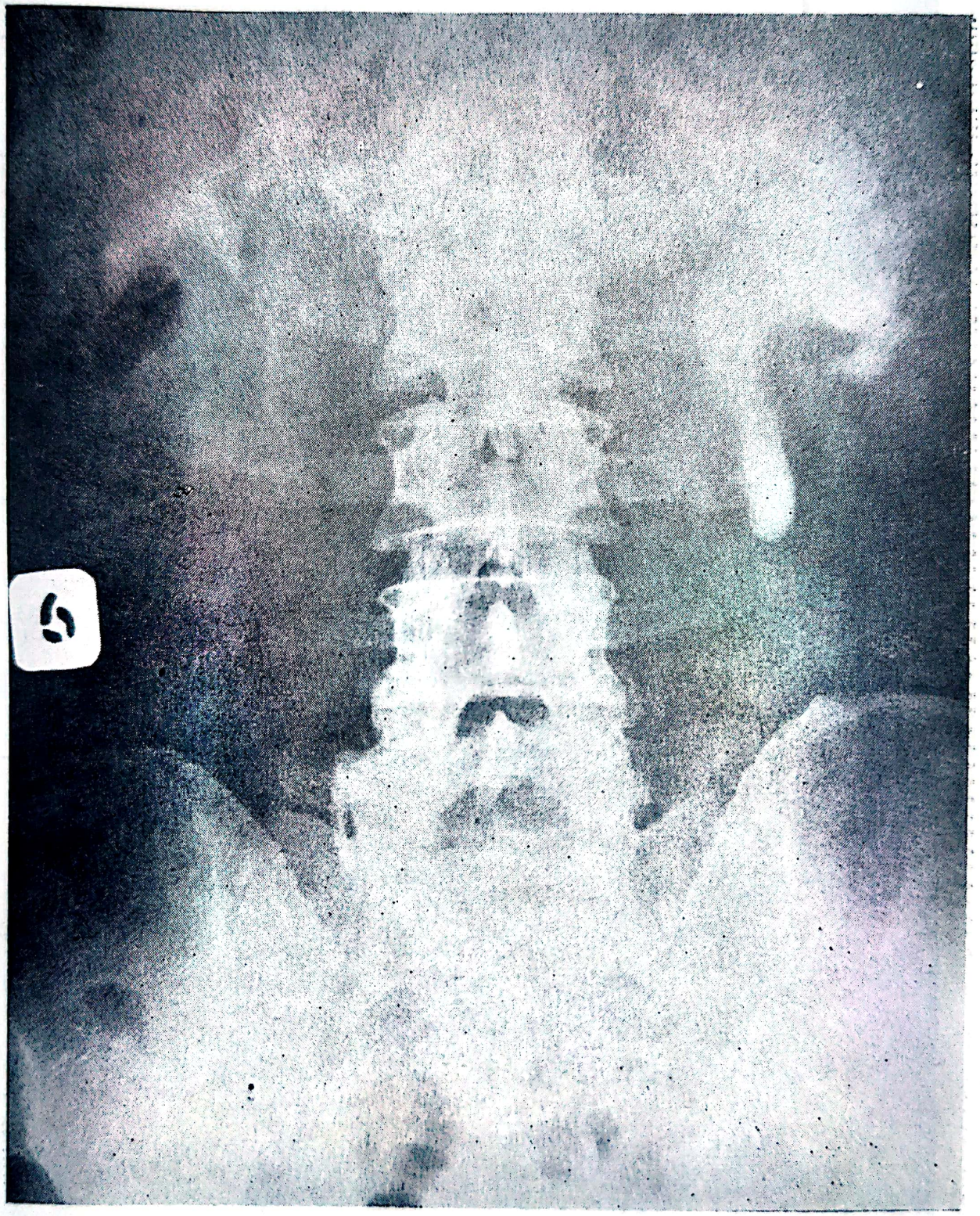

Fig. 8 b. — U.I.V. — 20'. Suferință renală stîngă (substanța de contrast acoperă calculul vezical).

Scanned with OKEN Scanner

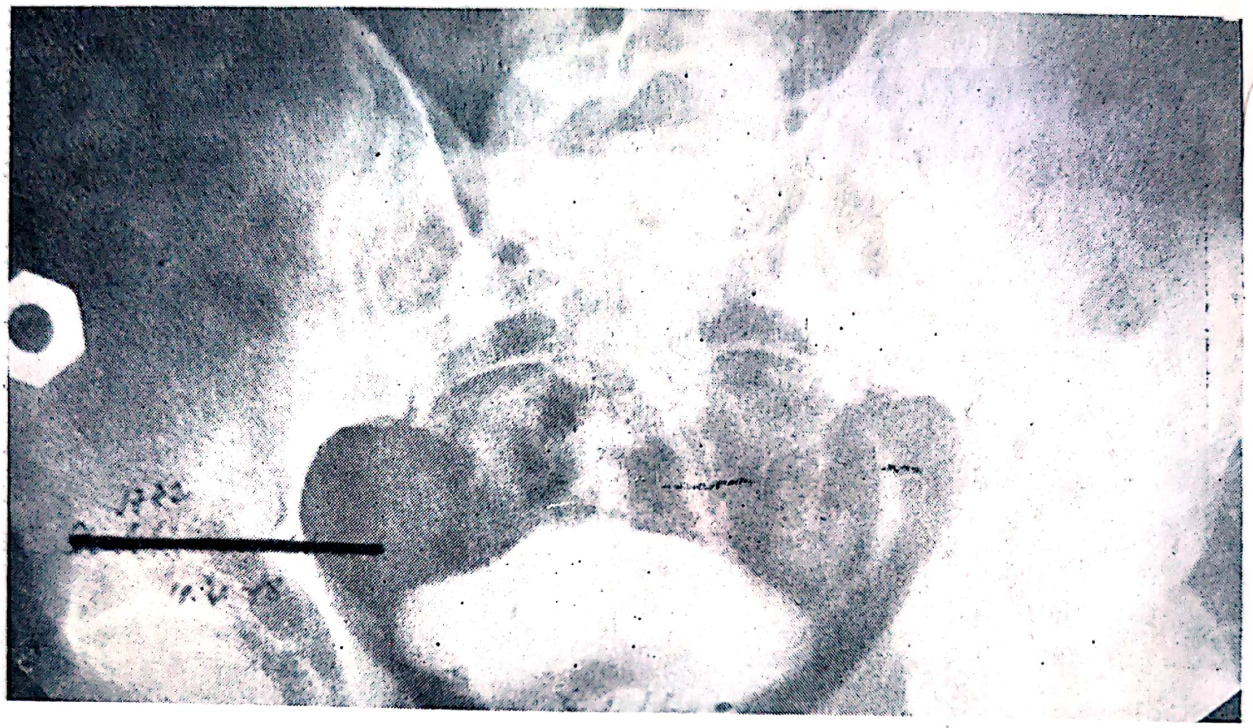

Fig. 9. — 1/2 distală U.I.V. — 5'. Amprentă prostatică (vezi observația clinică). Semitonuri spre cornurile vezicii.

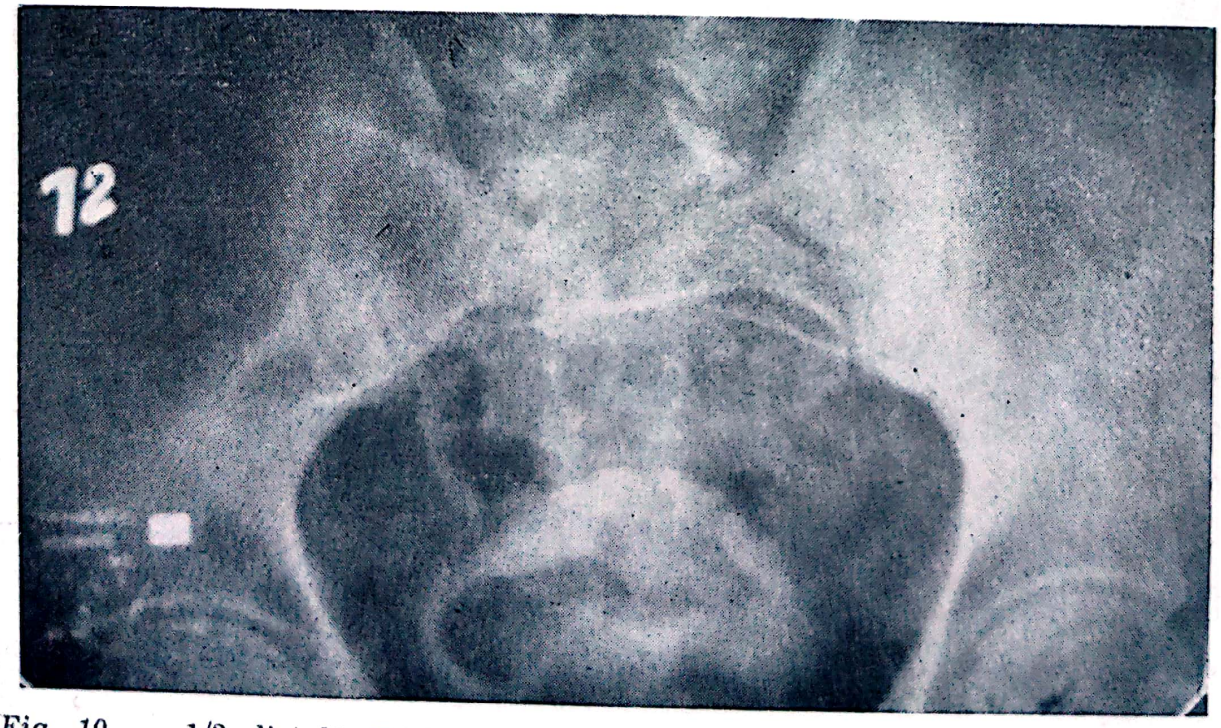

Fig. 10. — 1/2 distală U.I.V. — 5'. Amprentă prostatică (adenom) cu numeroase lacune (tumori vezicale).

Scanned with OKEN Scanner

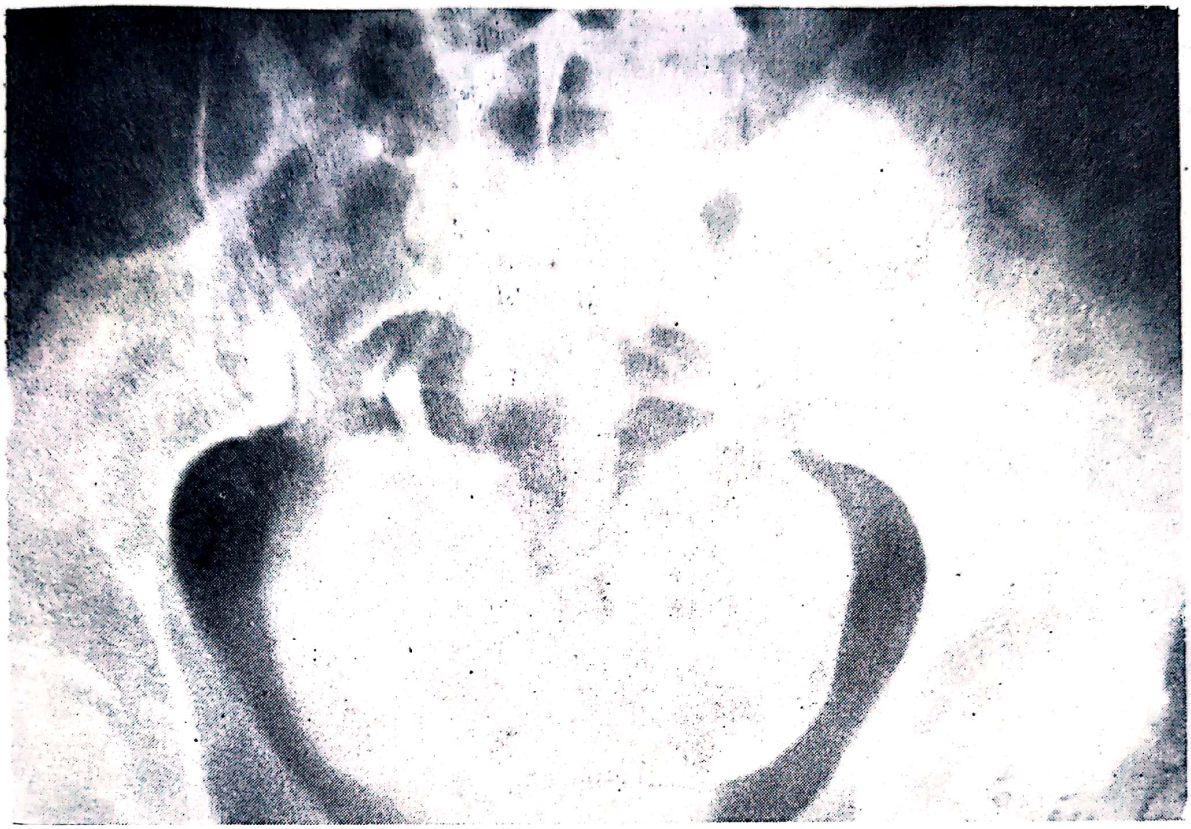

Fig. 11 a. — 1/2 distală U.I.V. — 5′. Vezică cu două diverticule ; cel drept primește două uretere, cel stîng — unul ; sondă ureterală.

Fig. 11 b. — Același clișeu ca în fig. 11 a, în 1/2 craniană. Duplicitate reno-ureterală dreaptă ; ureterul pielonului de sus face un sifon sub joncțiunea pielo-ureterală. Rinichi stîng normal.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 12. — Radiografie renovezicală, ½ stîngă. Calcul în: loja prostatică, ureterul pelvin stîng și pielocalicial homolateral în Y.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 13. — Ureterocistografie micțională : mic diverticul vezical lateral drept. Disectazie de col.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 14 a. — U.I.V. — 20′. ½ stîngă a clișeului. Ureterul pelvin sinuos șerpuiește pe marginea laterală stîngă a rezervorului vezical ; sifon dublu al ureterului lombar ; suferință pielo-calicială.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 14 b. — U.I.V. — 20′. Calcul în ureterul terminal stîng cu răsunet înalt mare ; amprentă prostatică (diagnostic : calcul ureteral și adenom de prostată).

Scanned with OKEN Scanner

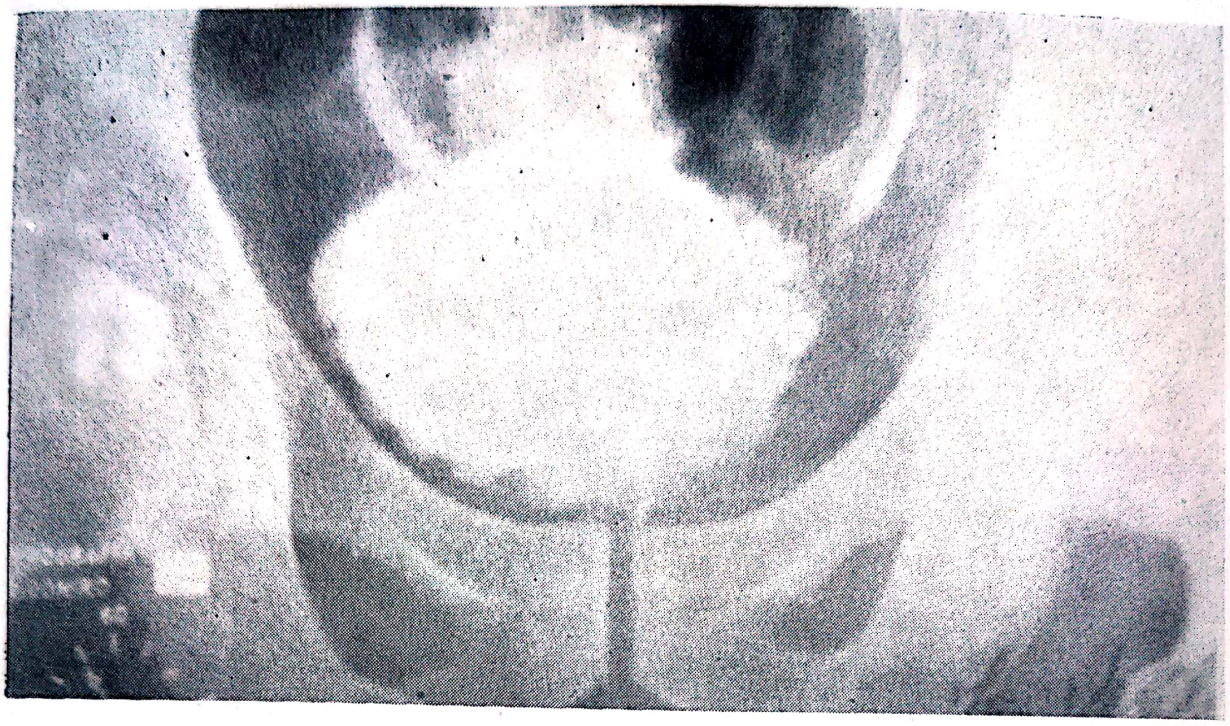

Fig. 15 a. — U.I.V. — 5'. Cistogramă : vezică mare de luptă, cu pereți groși dințați ; stază în ambele uretere (diagnostic : stenoză congenitală de col cu răsunet ; vezi observația clinică și fig. 15 b).

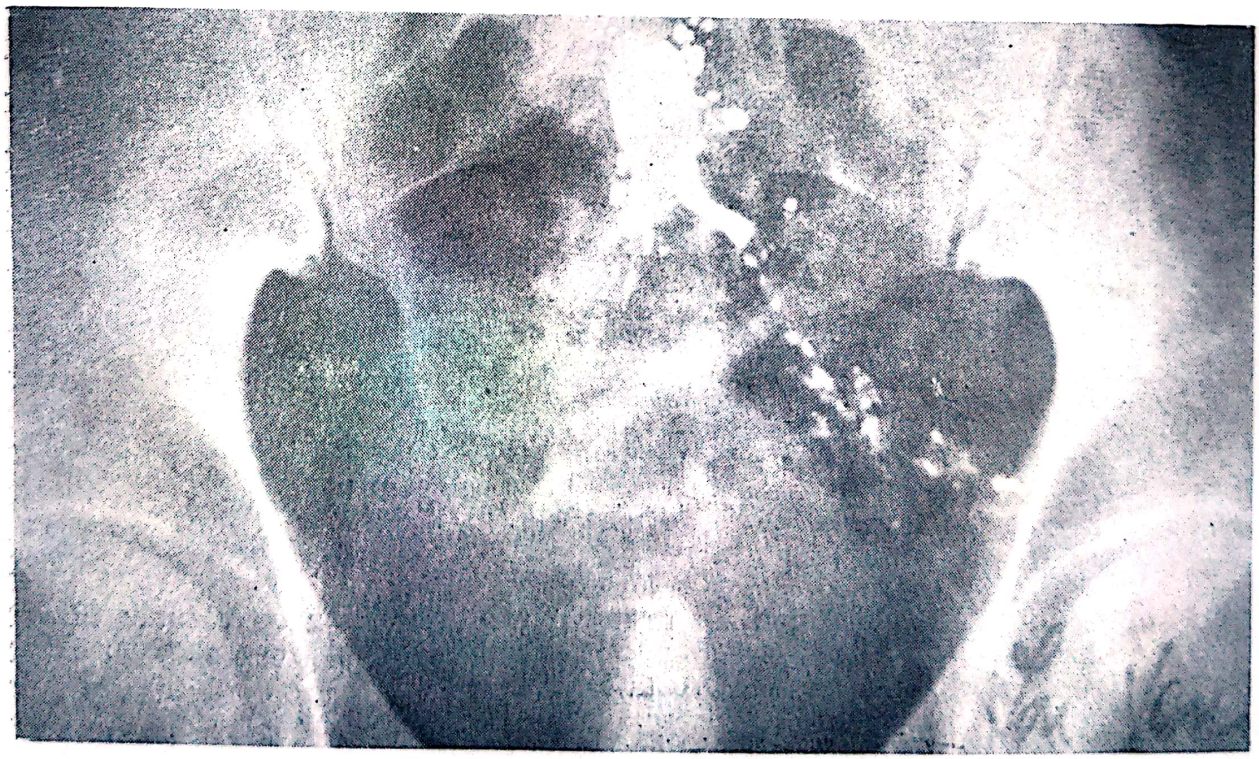

Fig. 15 b. — Radiografie reno-vezicală : plajă mare gri (semn de vezică în stază) ; lipiodol subarahnoidian (după explorare neurologică pentru sindrom de coadă de cal) ; calcul mare vezical.

Scanned with OKEN Scanner

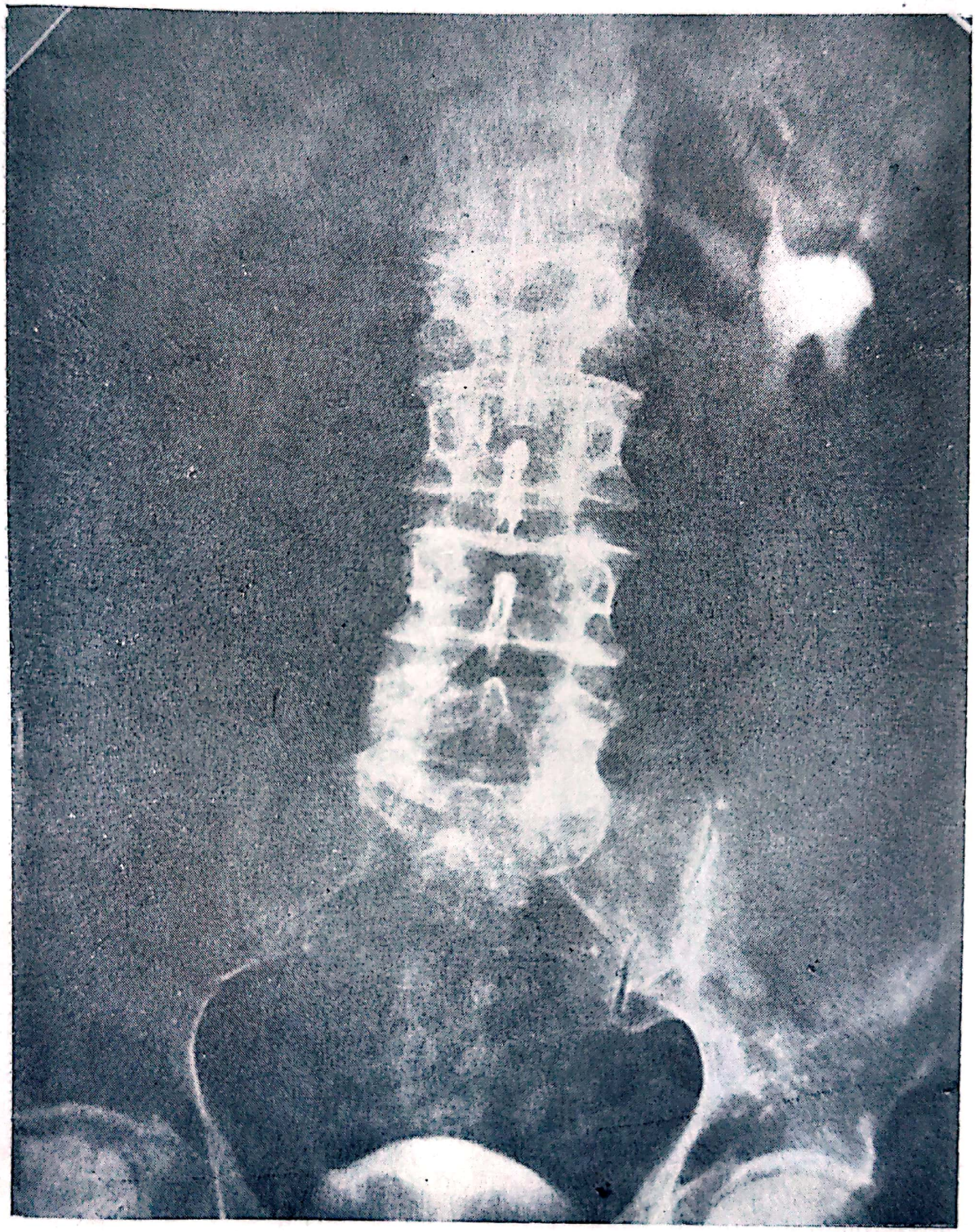

Fig. 16. — U.I.V. — 5'. Rinichi drept mut ; amprenta prostatică, calcul intramural drept (diagnostic : adenom de prostată și calcul de ureter terminal).

Scanned with OKEN Scanner

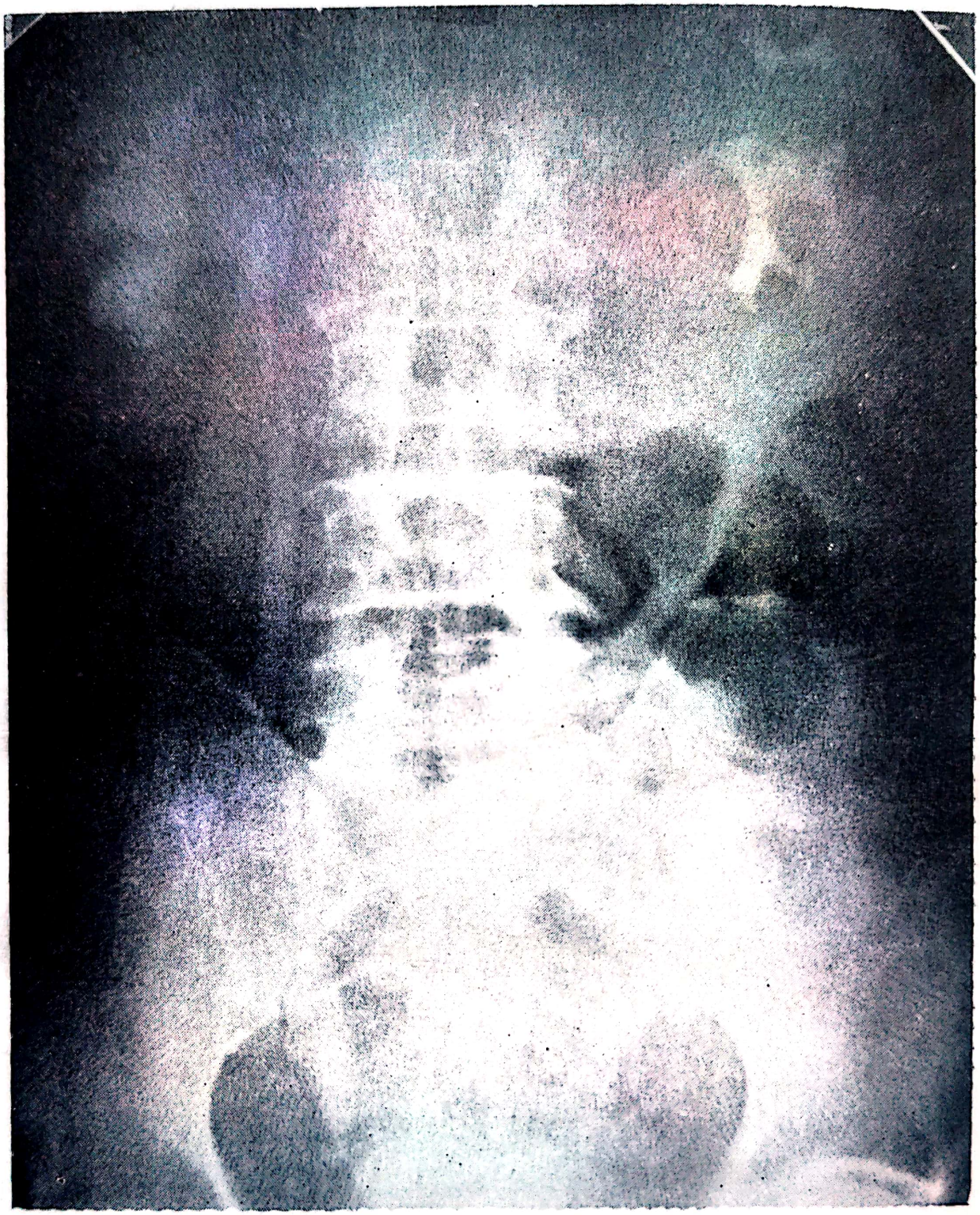

Fig. 17. — U.I.V. — 20'. Vezică cu lacune și semitonuri (tumoare vezicală) ; ureterohidronefroză dreaptă ; calcul ureteral pelvin stîng fără răsunet (diagnostic : tumoare vezicală și calcul ureteral).

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 18. — U.I.V. — 20'. 1/2 stîngă a clișeului. Duplicitate reno-ureterală stîngă. Suferința hemirinichiului inferior.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 19. — U.I.V. — 5′. ½ dreaptă a clișeului. Duplicitate reno-ureterală dreaptă, litiază multiplă în hemirinichiul inferior.

Fig. 20. — U.I.V. — 5′. ½ stîngă a clișeului. Duplicitate reno-ureterală stîngă. Se observă hemirinichiul pielonului inferior și calcul în ureterul lombar al pielonului de sus. Calculul pare extraureteral, dacă nu s-ar cunoaște duplicitatea reno-ureterală.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 21 a. — Radiografie reno-vezicală. Litiază multiplă renală stîngă corect în ½ stîngă a rinichiului în potcoavă cu istm (vezi fig. 21 b).

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

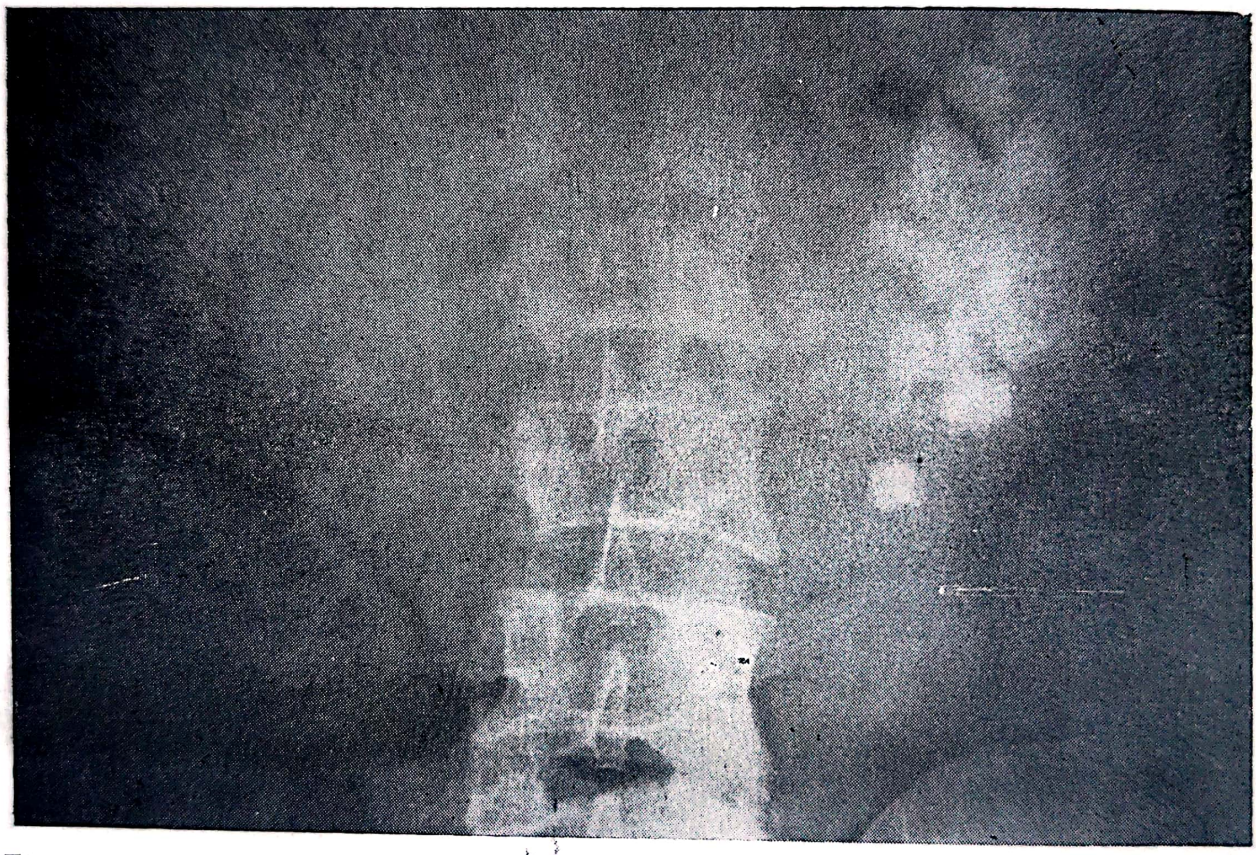

Fig. 21 b. — U.I.V. — 20'. 1/2 cranială a clișeului. Rinichi în potcoavă cu istm gros și litiază în hemirinichiul stîng.

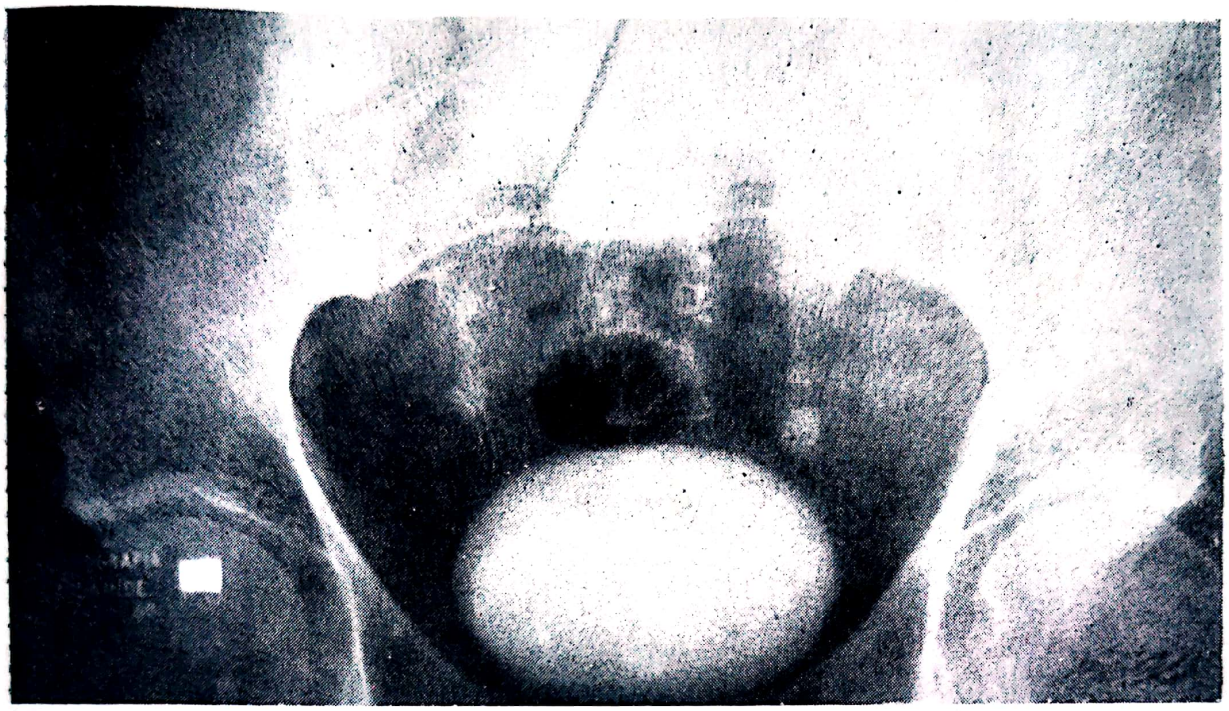

Fig. 22. — U.I.V. — 20'. 1/2 distală a clișeului. Litiază ureterală pelvină bilaterală (cea stîngă : doi calculi).

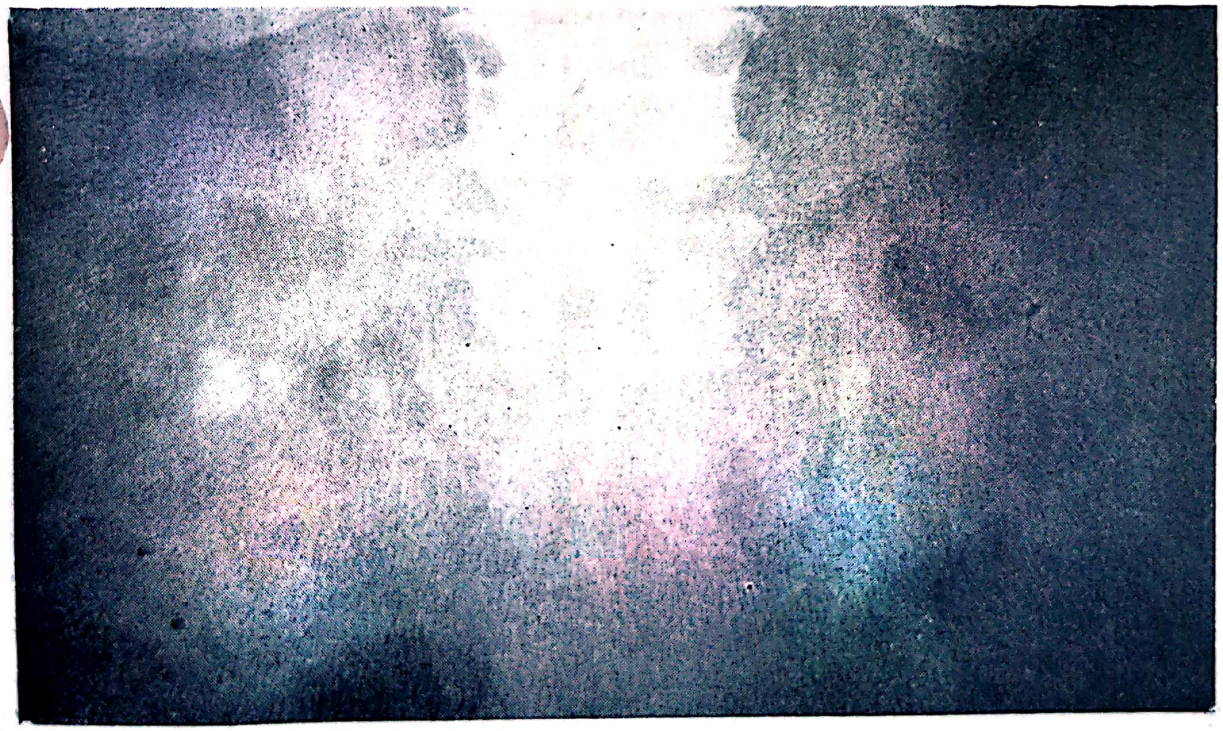

Fig. 23. — U.I.V. — 20'. 1/2 de sus a clișeului. Litiază renală bilaterală. Rinichiul drept mut cu calcul bazinetal ; calcul calicial stîng și falsa imagine de „cuib de calculi" (ganglioni calcificați).

Scanned with OKEN Scanner

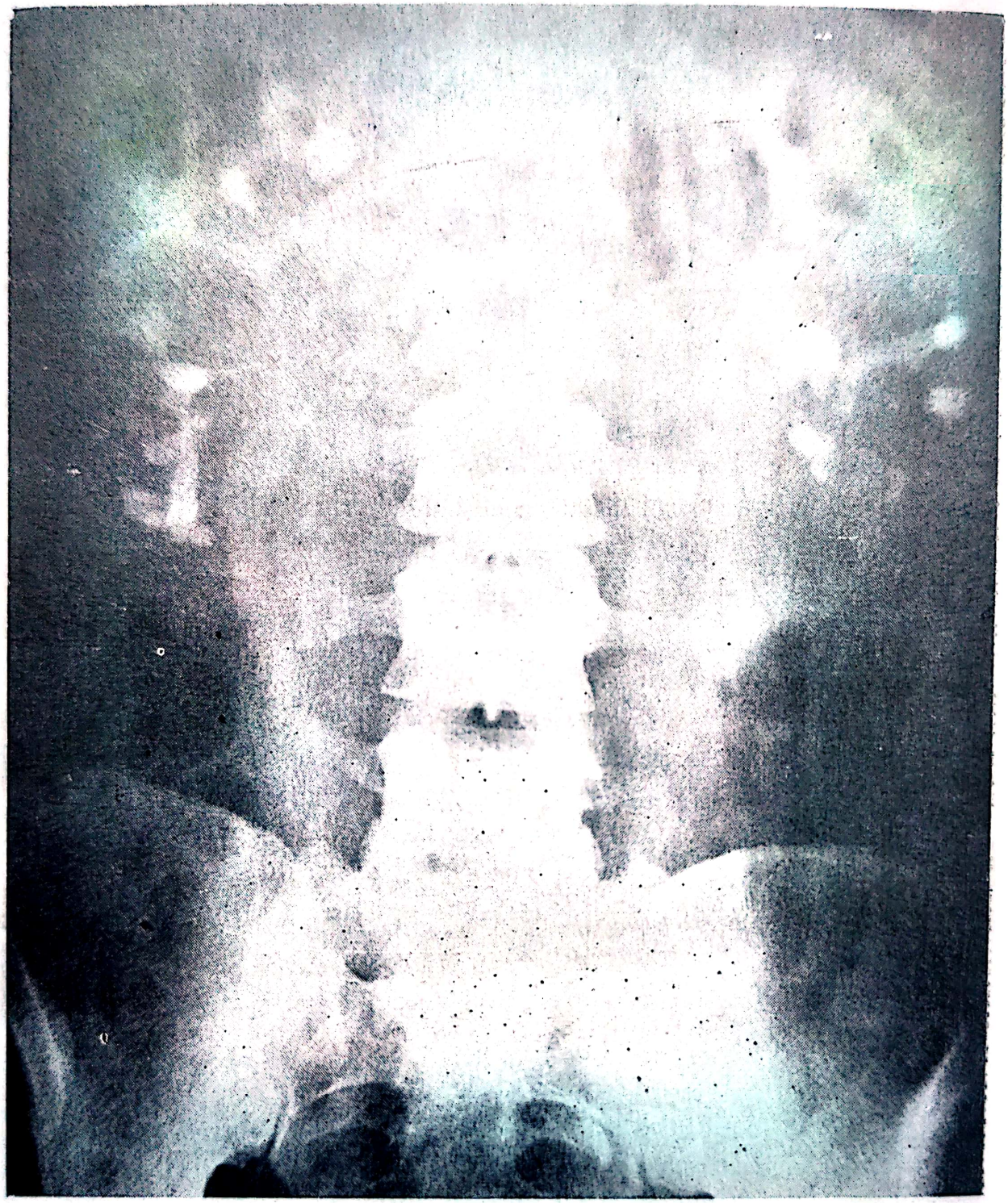

Fig. 24. a. — Radiografie reno-vezicală. Litiază reno-ureterală *multiplă, recidivantă :* cea renală este bilaterală, cea reno-ureterală (pelviană), homolaterală dreaptă.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 24 b. — 1/2 de sus a clișeului din fig. 24 a.

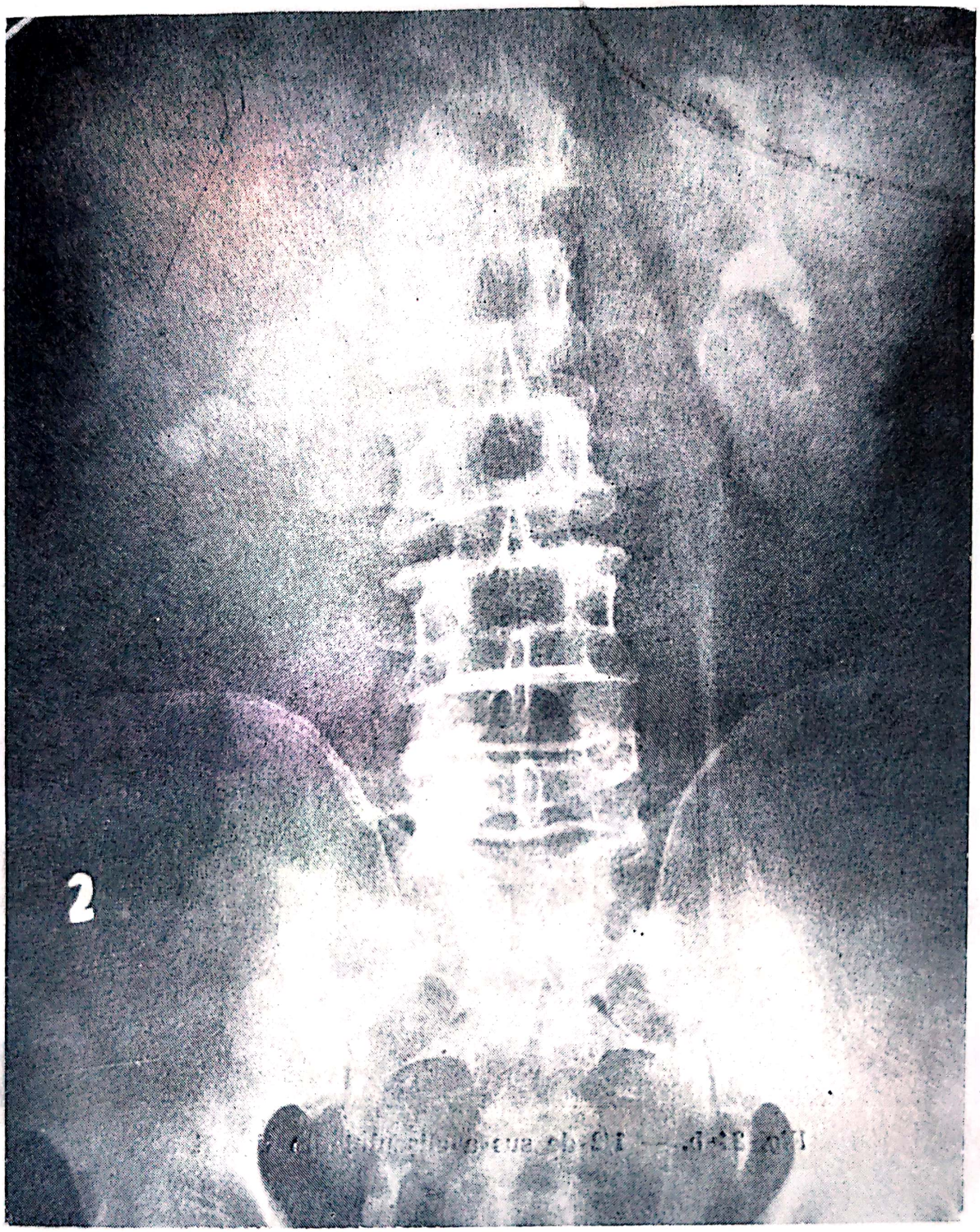

Fig. 25 a. — U.I.V. — 10'. Litiază reno-ureterală dreaptă cu fals aspect de „veziculă de porțelan" (litiază veziculară); calcul ureteral pelvin; rinichi drept mut urografic. Stîngul normal.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 25 b. — ½ dreaptă a cliseului din fig. 25 a (cu o hemiradiografie directă : litiază renoureterală).

Scanned with OKEN Scanner

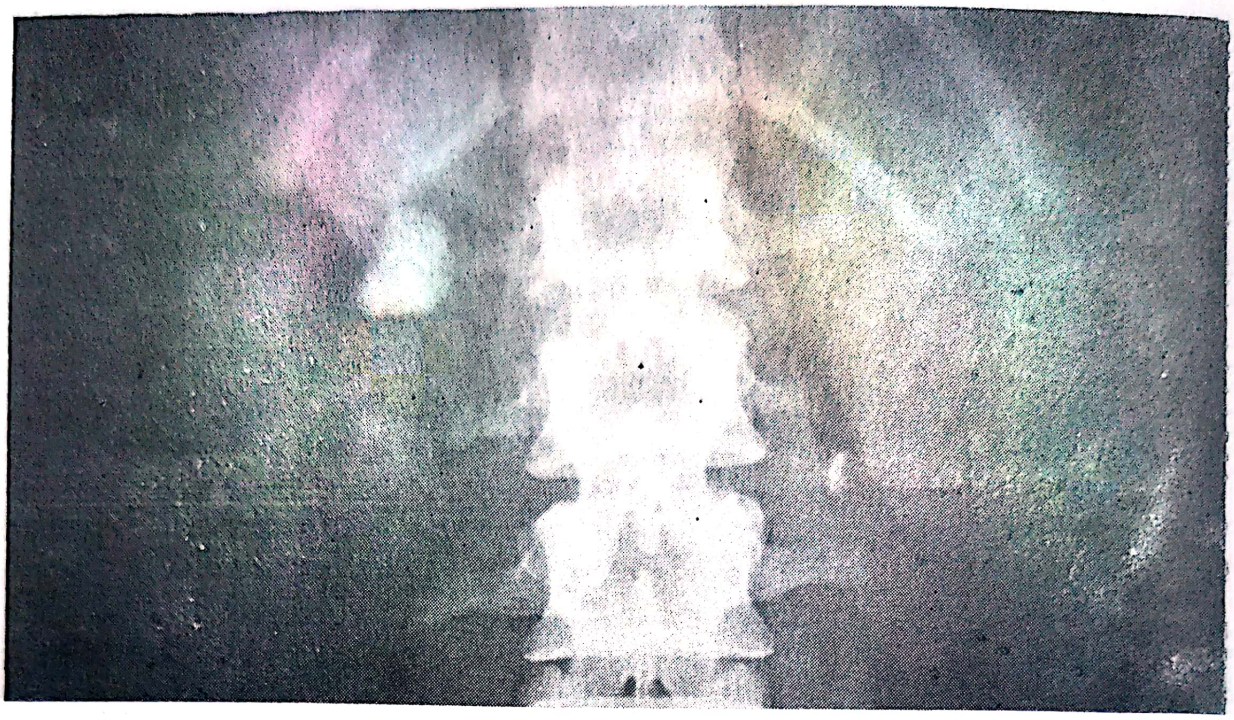

Fig. 26. — Radiografie reno-vezicală, 1/2 de sus a clișeului. Calcul bazinetal drept și în joncțiunea pielo-ureterală stîngă (ulterior în bazinet).

Fig. 27 a. — U.I.V. — 5′. 1/2 de sus a clișeului. Litiază bazinetală dreaptă și calicială stîngă.

Scanned with OKEN Scanner

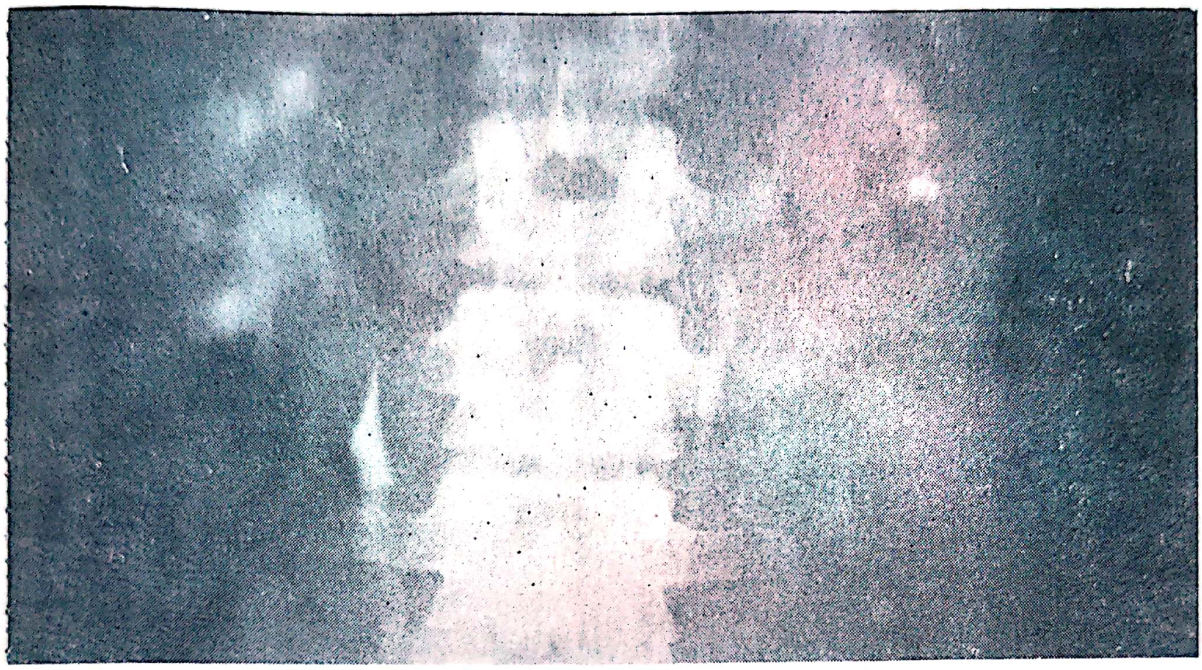

Fig. 27 b. — U.I.V. — 5′. 1/2 de jos a clișeului. Calcul ureteral pelvin drept.

Fig. 28. — Radiografie reno-vezicală. Litiază renală bilaterală și ureterală (L_5) dreaptă.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 29 a. — U.I.V. — 20′. ½ stîngă a clișeului. Litiază renoureterală stîngă.

Scanned with OKEN Scanner

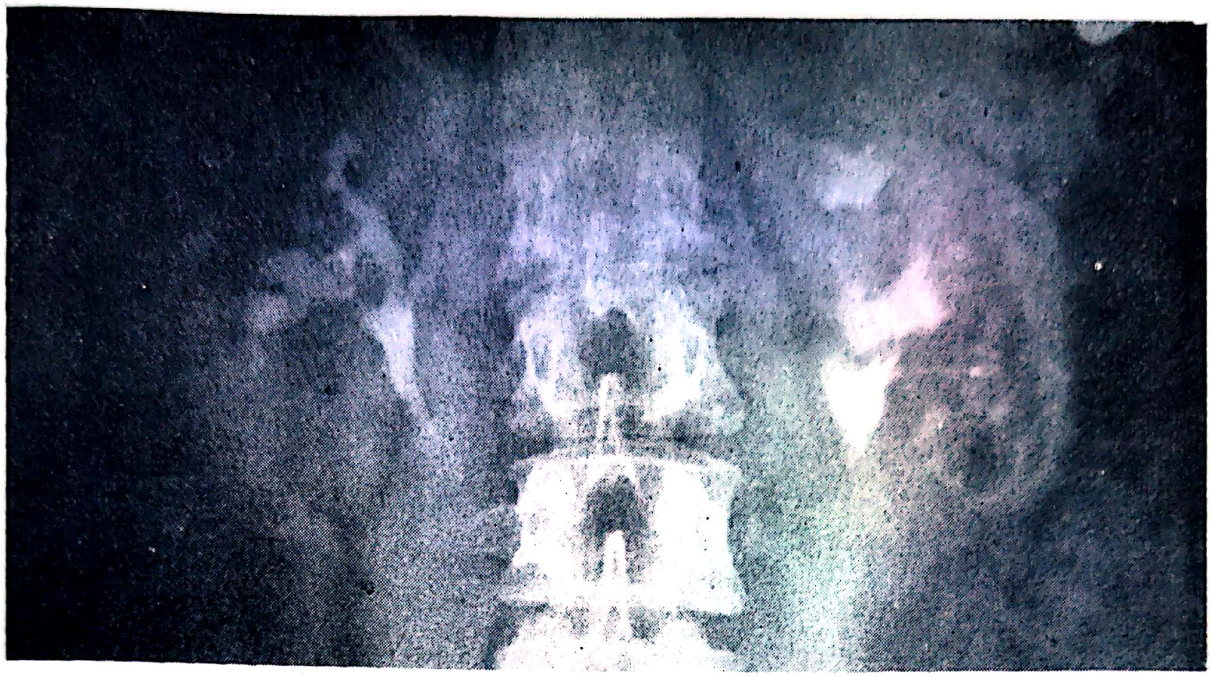

Fig. 29 b. — $^1/_2$ cranială a aceluiaşi clişeu.

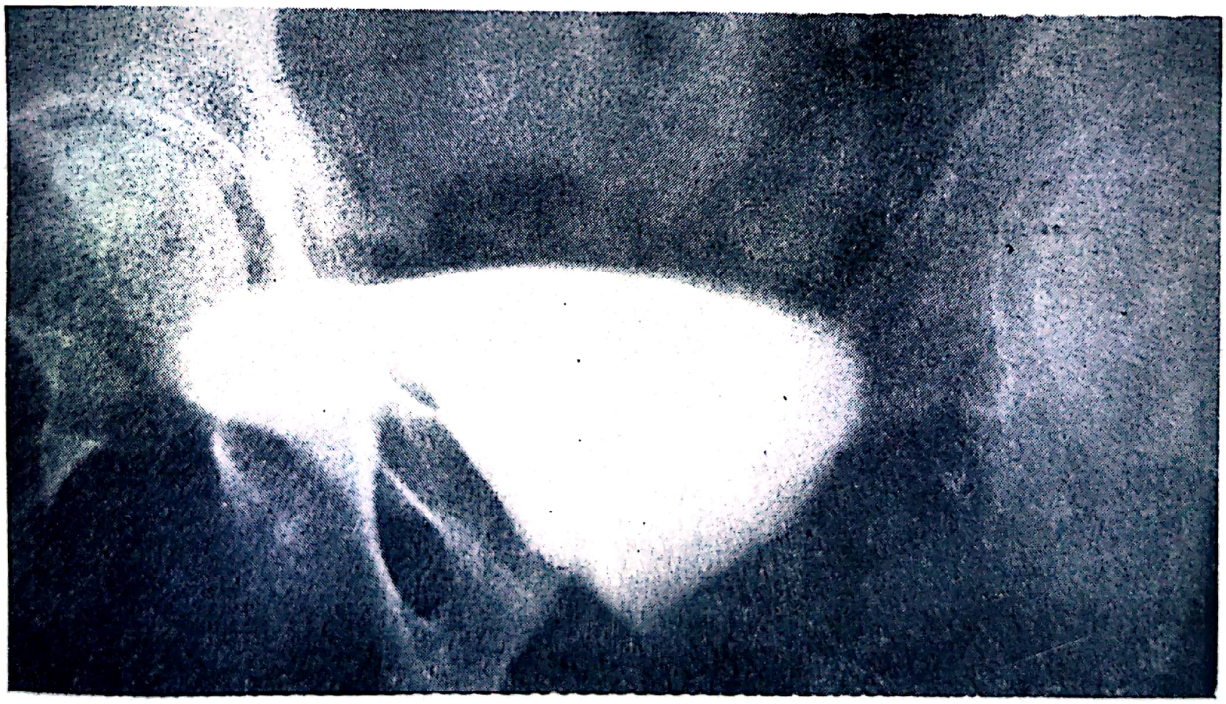

Fig. 30. — Cistografia micţională la un bolnav cu disectazie de col şi diverticul vezical drept, conţinut în sacul herniei inghinale drepte.
Se operează : calcul ureteral stîng ; nu se abordează colul vezical, nici diverticulul — implicit hernia.

Scanned with OKEN Scanner

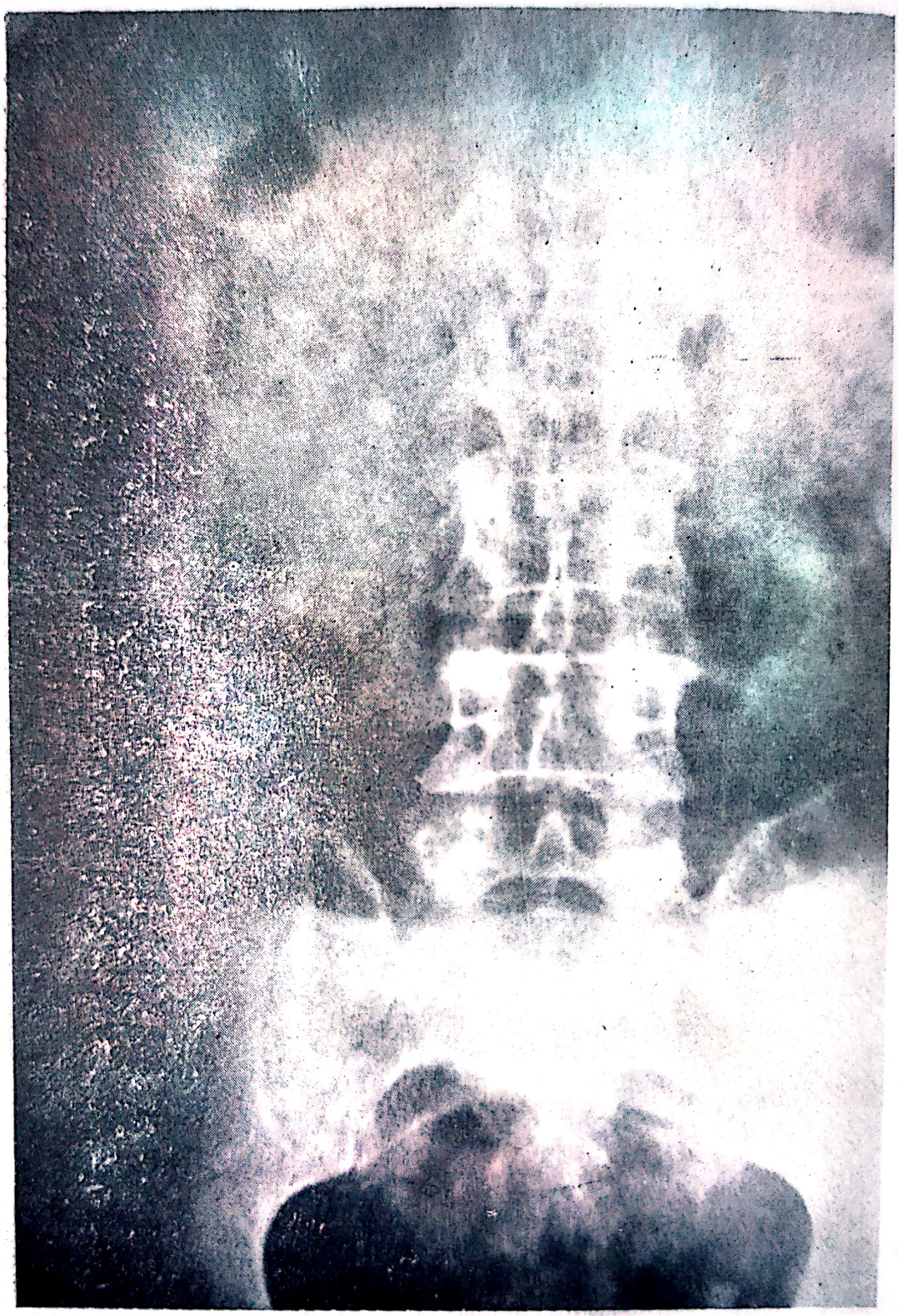

Fig. 31. — Radiografia reno-ureterală ; litiază renală și ureterală multiplă stîngă. Calcul vezical.